

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, DIRIGIDA A PADRES Y FAMILIARES
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR”

HUGO LEONEL MARROQUÍN RODRÍGUEZ

GUATEMALA, JULIO 2,012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEP’s-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, DIRIGIDA A PADRES Y FAMILIARES
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

HUGO LEONEL MARROQUÍN RODRÍGUEZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO

GUATEMALA, JULIO 2,012

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs

Reg. 139-2011

DIR. 1,503-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

26 de julio de 2012

Estudiante

Hugo Leonel Marroquín Rodríguez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL DOCE (1,495-2012), que literalmente dice:

"UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, DIRIGIDA A PADRES Y FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR,"** de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Hugo Leonel Marroquín Rodríguez

CARNÉ No. 2004-16620

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Annelisse Baldramina Guevara Trinidad y revisado por Licenciada Elena María Soto Solares. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Igaby



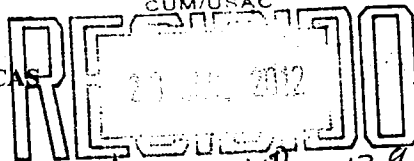
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC

CIEPs

REG:

REG:

1044-2012

139-2011

139-2011

FIRMA:

HORA: 14:00

Registro: 139-1

INFORME FINAL

Guatemala, 19 de Julio 2012

SEÑORES

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena María Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, DIRIGIDA A PADRES Y FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR.”

ESTUDIANTE:

Hugo Leonel Marroquín Rodríguez

CARNE No.

2004-16620

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 12 de Julio 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 18 de Julio 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Marco Antonio García Enríquez

COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo

Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 1045-2012
REG: 139-2011
REG: 139-2011

Guatemala, 19 de Julio 2012

**Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas**

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, DIRIGIDA A PADRES Y FAMILIARES
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR."**

**ESTUDIANTE:
Hugo Leonel Marroquín Rodríguez**

**CARNÉ No.
2004-16620**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 04 de Julio
2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

**Licenciada Elena María Soto Solares
DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala, 20 de marzo de 2012.

Licenciado

Helvin Orlando Velázquez Ramos

Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas,

CUM

Estimado Licenciado Velázquez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de la investigación titulado "La orientación psicoeducativa, dirigida a padres y familiares de pacientes esquizofrénicos. Un enfoque sistémico familiar", realizado por el estudiante: HUGO LEONEL MARROQUÍN RODRÍGUEZ, CARNÉ 200416620.

El trabajo fue realizado a partir del 18 de febrero 2011, hasta el 16 de marzo de 2012.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Annelisse Baldramina Guevara Trinidad
Psicóloga y Terapeuta Ocupacional y Recreativo
Colegiado No. 2406
Asesor de Contenido

AG/ag

C.c. Archivo.



HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL
Colonia Atlántida Final Zona 18, Guatemala, C. A.
Tels.: 2256-1126, 2256-1486

Guatemala, 20 de marzo 2012.

Licenciado
Helvin Orlando Velázquez Ramos
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciado Velázquez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante: Hugo Leonel Marroquín Rodríguez, carné 200416620. Realizo en esta institución 20 encuestas y 20 entrevistas, a familiares de pacientes esquizofrénicos que asisten a la consulta externa, como parte del trabajo de investigación titulado: "La orientación psicoeducativa, dirigida a padres y familiares de pacientes esquizofrénicos. Un enfoque sistémico familiar". En el periodo comprendido, del 14 de diciembre 2011 al 16 de marzo 2012, en horario de: 14:00 a 17:00 los días lunes, miércoles y viernes.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Coordinadora de Docencia de Psicología
Lidia Aracely Téllez
Tel. 59374080
Psicóloga

ATat.
Archivo.



PADRINOS DE GRADUACIÓN

HUGO LEONEL MARROQUÍN RODRÍGUEZ

ANNELISSE BALDRAMINA GUEVARA TRINIDAD
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 2406

FLUVIA ARACELY TELLEZ
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 12,721

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Padre celestial que me has dado la vida, los dones para que este trabajo se lleve Cabo y por su infinita gracia y gloria.

A MIS PADRES:

Cecilia Gómez Pixtun, Esteban Marroquín Hernández, Hugo Marroquín Gómez, Que con su apoyo y comprensión, he conseguido culminar este proyecto de vida, que me permitirá realizarme como profesional y como persona.

A MI ESPOSA E HIJO:

Marta Bravo, por su comprensión, cariño, amor, apoyo que me ha mostrado durante toda esta etapa, por ser parte de mi vida y la satisfacción de tenerla a mi lado en este día tan importante.

Uriel Damián Marroquín Bravo, por ser una fuente de inspiración para mi vida, el aliento de luchar día a día y darme la oportunidad de ser un ejemplo en su crecimiento y formación como persona.

A MIS HERMANOS:

Edna Evelyn y Fernando Antonio Marroquín Rodríguez, por darme esa fuerza en cada palabra de aliento para salir adelante, y el cariño y amor incondicional que me han demostrado siempre.

A MIS SOBRINOS:

Cristofer Danilo y Cristian Daniel Enríquez Marroquín espero que esto trabajo les pueda servir de ejemplo, que con todo mi cariño les dedico.

A MIS SUEGROS Y CUÑADOS:

Gracias por el apoyo y los consejos que me sirvieron de mucho para alcanzar esta meta.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS:

En especial a los que me apoyaron y alentaron para alcanzar este logro.

A las personas que padecen de esquizofrenia, a sus padres y familiares por la oportunidad de Trabajar con ellos, que sea de utilidad para su vida.

AGRADECIMENTOS

A DIOS:

Por todo lo que he recibido de ti, y el apoyo de quienes me has puesto al lado, por darme la oportunidad de hoy realizarme como persona y como profesional, por todos esos dones que me has regalado para llevar a cabo este trabajo.

A UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DCE GUATEMALA Y ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

Por ser mi casa de estudios y donde orgullosamente me forjé como profesional.

A MI FAMILIA:

Por brindarme el cariño, la comprensión y el apoyo incondicional, que necesité para culminar esta etapa de mi vida y verme realizado como profesional y como persona de bien.

A PROFESORES Y LICENCIADOS:

Que con sus conocimientos me instruyeron en esta carrera, con el apoyo y la amistad que me brindaron en este correr de mi vida, gracias.

Licda. ARACELY TELLEZ y Licda. ANNELISSE GUEVARA:

Por brindarme la oportunidad de intercambiar y adquirir conocimientos para realizar este trabajo, las instalaciones donde lleve a cabo, espero haber llenado las expectativas y brindado una buena herramienta de trabajo.

Familias y amigos que directa o indirectamente estuvieron con mi persona compartiendo y apoyándome, con sus consejos y conocimientos para lograr hoy la culminación de esta meta trazada, Gracias a todos los que tuvieron que ver con este trabajo de investigación que hoy me ve como profesional.

ÍNDICE

Pág.

Resumen

Prólogo.....	1.
--------------	----

Capítulo I. Introducción:

1.1	Planteamiento del problema.....	3.
1.2	Marco teórico.	
1.2.1	Salud Mental.....	7.
1.2.1.3	¿Por qué hay que prestar atención a los problemas de salud mental?.....	9.
1.2.2	Esquizofrenia.....	10.
1.2.2.1	Curso de la enfermedad.....	12.
1.2.2.2	Causas de la esquizofrenia.....	14.
1.2.2.3	¿Es hereditaria la esquizofrenia?.....	16.
1.2.2.4	Signos y síntomas de la esquizofrenia...	17.
1.2.2.4.1	Síntomas positivos.	
1.2.2.4.2	Síntomas Negativos.....	19.
1.2.2.5	Alteraciones.....	22.
1.2.2.6	Sub tipos de la esquizofrenia.....	26.
1.2.2.6.1	Esquizofrenia tipo catatónico.	
1.2.2.6.2	Esquizofrenia tipo desorganizado	27.
1.2.2.6.3	Esquizofrenia tipo indiferenciado.	
1.2.2.6.4	Esquizofrenia tipo paranoide....	28.
1.2.2.6.5	Esquizofrenia tipo residual.	
1.2.2.6.6	Esquizofreniforme.....	29.
1.2.3	Psicoterapia.	

1.2.3.1	Psicoterapia familiar.....	31.
1.2.3.2	Terapia sistémica familiar.....	33.
1.2.4	Psicoeducación en esquizofrenia.....	35.
1.2.4.1	Terapia psicoeducacional.....	36.
1.2.5	Familia y sociedad.....	40.
1.2.6	Efectos psicológicos que experimentan emocionalmente los familiares de esquizofrénicos.	43.
1.2.6.1	Apoyo social a la familia de pacientes esquizofrénicos.....	46.

Capítulo II. Técnicas e Instrumentos:

2.1	Técnicas y procedimientos de trabajo.....	49.
2.2	Instrumentos de recolección de datos.....	52.

Capítulo III. Análisis e Interpretación de Resultados:

3.1	Características de lugar y de la población.....	54.
3.1.1	Características de lugar.	
3.1.2	Características de la población.	
3.2	Vaciado de datos.....	55.
3.3	Análisis e interpretación de resultados.....	63.

Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones:

4.1	Conclusiones.....	67.
4.2	Recomendaciones.....	68.

Bibliografía.....	69.
--------------------------	------------

Anexos.....	71.
--------------------	------------

RESUMEN.

“LA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA, DIRIGIDA A PADRES Y FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR”.

AUTOR: HUGO LEONEL MARROQUÍN RODRÍGUEZ.

Los psicólogos han mostrado interés por la atención psicológica, que los familiares de personas que padecen una enfermedad mental deben de tener, en el caso particular de este trabajo se creó una herramienta de apoyo, para psicoeducar a padres y familiares de personas que padecen esquizofrenia, con el fin de que los primeros tengan una herramienta en la que se apoye, para evitar a la manera posible las consecuencias que podrían provocar el cuidar a una persona con esta problemática, el abordaje de esta tiene su base teórica en la terapia sistémica familiar, la cual es un método que permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción, con estrategias que mejoran la relación entre los familiares y los pacientes esquizofrénicos.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Salud Mental, ubicado, en la zona 18 ciudad de Guatemala, la población comprendía a todos los padres o familiares que acompañen a consulta a pacientes que padecen de esquizofrenia, que se vean involucrados en el cuidado directo y se pueden ver afectados por convivir y estar al pendiente de estas personas y que les pueda afectar el estrés o la depresión por la relación continua con el enfermo mental.

Los datos que se obtuvieron luego de pasar el cuestionario y la entrevista, dejaron como resultado, que muchas de las personas que tienen un familiar con esquizofrenia, se sentían frustradas, con sentimientos de carga, que conocían de la esquizofrenia lo que la experiencia de tener un familiar con esta enfermedad les había dejado y que la orientación psicoeducativa dirigida a los cuidadores de pacientes esquizofrénicos es elemental para la reducción de las situaciones adversas que se presenten, y es una herramienta que les permite mejorar la interacción y la comunicación con las personas enfermas.

PRÓLOGO

Se ha observado, la carencia de apoyo psicológico a los familiares que conviven con personas esquizofrénicas, la falta de este incide en la salud mental de las personas involucradas en el fenómeno considerado, esto motivó la presente investigación, para reducir en los familiares de los pacientes esquizofrénicos las sensaciones desfavorables de carga, culpa, frustración e ira, responsabilizar a los padres y familiares en el cuidado, la interacción y la comunicación con pacientes que padecen esta enfermedad, y lograr así que compartan sus experiencias de convivencia con personas que padecen esquizofrenia, por medio de la creación e implementación de una herramienta para psicoeducar a padres y familiares de pacientes esquizofrénicos, que identifique estrategias para mejorar la atención y brinden apoyo a estos logrando una mejor interacción.

Los números estadísticos que presenta, el Hospital Nacional de Salud Mental, con respecto a los casos que atienden de esquizofrenia, anualmente, son preocupantes, ya que es la enfermedad más frecuente de atención en esta institución, por eso se debe de tomar en cuenta esta problemática, sin dejar a un lado la interacción y lo que esta puede causar en la vida personal de los padres o los familiares de las personas que la padecen, para encontrar una solución más acertada para el convivir con estos, de la mejor manera posible que no afecte, ni el transcurrir de la enfermedad padecida, ni la personalidad de los padres o familiares de quienes la padecen, se ha creado una herramienta psicoterapéutica para contrarrestar los efectos que pueda causar el vivir con un paciente esquizofrénico.

Son escasos los estudios que pretenden, crear un programa para padres y familiares de los pacientes esquizofrénicos, que busque contrarrestar lo desfavorable ya mencionado, a esto es importante agregarle que la orientación psicoeducativa no ha sido utilizada en la atención que pueda brindársele a las

personas que conviven con un paciente esquizofrénico, esta puede ayudar a contestar las preguntas trazadas para la investigación descrita posteriormente.

El interés que nace por estas personas, se da por observaciones hechas en la institución, donde la persona que padece esquizofrenia, llega acompañada de sus padres o de algún familiar que esté a su cargo, y se les nota cansados, desinteresados, tristes o angustiados por afrontarla, se observa que la vida no podría ser muy llamativa en este ambiente, que la comunicación entre las personas es nula, que ninguna actividad produce interés por realizarla, se podría decir que ni siquiera les llama la atención comunicarse, se alejan o se camina adelante sin dirigir palabras, por lo que al lograr los objetivos y crear una herramienta psicoeducativa bajo un enfoque sistémico familiar, mejore la comunicación y las relaciones interpersonales brindando así calidad de vida.

Creando una herramienta que ayude a los padres y familiares de pacientes esquizofrénicos, en la convivencia entre estos, les permitirá mejorar la interacción en el núcleo familiar y la comunicación, ya que se le brindaran estrategias psicoeducativas bajo un enfoque sistémico familiar para alcanzarlo, se utilizó este enfoque porque se refiere a la familia como sistemas integrados y que el beneficio que pueda recibir uno también lo recibe el otro mejorando así la dinámica social familiar.

Se agradece a la institución por haber permitido que esta investigación se llevara a cabo y a todas las personas que se involucraron en la elaboración de la misma, a la coordinación del departamento de psicológica por brindar la oportunidad de realizarla, a las personas esquizofrénicas y a los familiares que los acompañan se les agradece la colaboración que tuvieron en esta investigación esperando que esta les brinde apoyo y facilite el tratamiento y manejo de esta enfermedad en quienes la padecen y el cuidador.

Hugo Marroquín.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema:

El resumen anual del departamento de estadística de casos atendidos en la consulta externa y en la emergencia del Hospital Nacional de Salud Mental, se encuentra que durante el año 2010, se atendieron un total de 6,643 consultas de pacientes que presentaban esquizofrenia, la mayoría de los casos oscilaban entre los 30 y 34 años de edad, del total de los casos, 3,955 fueron de hombres, y 2,688 mujeres, los casos más comunes de esquizofrenia que se atendieron fueron, la paranoide y la residual, para lo que va del año 2011, se registra un total de 3,245 casos atendidos, de estos no varían los tipos de esquizofrenia ni las edades de las personas atendidas en relación al año 2010. El tipo de esquizofrenia que menos se presenta es la catatónica, con un total de 10 casos atendidos en el 2010, y en lo que va del año 2011 se registra solamente un caso atendido, (Depto. de estadística del Hospital Nacional de Salud Mental).

Los fenómenos no se pueden aislar del contexto, cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto que se produce, además, la teoría del doble vínculo como la etiología formal de la esquizofrenia, afirma que no hay una persona esquizofrénica sino un sistema (familiar) esquizofrénico, la expresión doble vínculo se refiere a un modelo específico de comunicación perturbada, detectable, los casos patológicos, en el que uno de los miembros se someta a dos imposiciones o vínculos contrapuestos, a la vez altamente desequilibrantes o traumáticos, hay una tercera imposición implicada en la situación, la que impide a la parte amenazada abandonar el campo y evitar así el conflicto.

La esquizofrenia provoca un impacto en todos los miembros de la familia, pues es frecuente observar angustia, miedo, ira, sentimientos de culpa, tristeza y

otros signos no favorables, ni esperanzadores en personas que se presentan a diario, a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental, con la esperanza que la persona a la que llevan se mejore o se cure, o le den un aliento para hacer menos pesada la carga y culpa ante esta situación, actualmente desconocer la esquizofrenia de parte de los familiares que conviven con pacientes que la padecen, crea un impacto familiar que requiere apoyo, se eligió el tema por esta necesidad.

No existe una definición de la esquizofrenia puede describir adecuadamente a las personas que padecen esta enfermedad, parece ser extremadamente compleja, está claro que la esquizofrenia es una enfermedad que dificulta a la persona a distinguir lo que es real de lo irreal y afecta a todas las personas sin importar raza, cultura o clase social, la esquizofrenia es una enfermedad mental seria, ocasiona perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, dicha enfermedad sitúa a los pacientes en el plano de la discriminación, el sufrimiento y el estigma, esto tiene un efecto colateral en sus familiares quienes en primera instancia no tienen ningún conocimiento respecto a dicha enfermedad, lo que hace necesario e indispensable la orientación psicoeducativa.

Existen varios modelos de psicoterapia, el sistémico familiar difiere de los demás, en sus ambiciones, pues en lugar de establecer como objetivo primordial la curación, desea disminuir la angustia de los familiares y fortalecer sus habilidades para conllevar, de manera menos angustiante, la problemática de estos pacientes, así como prevenir caídas posteriores, marcando la diferencia en sus objetivos y metas, el uso de la terapia sistémica familiar como un enfoque para elaborar una orientación psicoeducativa proporciona una fuente de apoyo dinámico, para mejorar la interacción entre los padres y miembros de la familia de la persona que padece esquizofrenia, se podrá disminuir los sentimientos que le provoca a los familiares el saber que un miembro de la familia es enfermo

mental, el objetivo general de la terapia familiar basada en estos presupuestos es la modificación de la dinámica, estructura y patrones de comunicación familiar con el objeto de cambiar el contexto familiar, ya que el comportamiento esquizofrénico es de uno u otro modo, una respuesta adaptativa a un ambiente anormal, por lo tanto, una de las características de esta terapia tradicional es el énfasis en los aspectos negativos que la familia presenta ante sus miembros.

La terapia psicoeducacional, nace de la relación que existe entre los diferentes conceptos de terapia familiar y los tratamientos psiquiátricos con que se abordan los problemas, este modelo comparte los lineamientos de los inicios del movimiento posmodernista; no acepta culpar a los familiares de los pacientes establece el compromiso de colaborar, para vencer las consecuencias de dicha enfermedad, la familia es activa, nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una superior, a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto, los familiares al contrario, son pasivos, activos solo después de intervalos registrados en progresos de familia, aun así no sufren una modificación, esta se logra solo cuando se ha cambiado a la familia.

Estudios mostraron que los pacientes presentaban alguna mejoría al ser hospitalizados, ya que eran retirados de su familia, Anderson, Carol en su texto esquizofrenia y Familia, confirmó que los pacientes experimentaban una recaída cuando regresaban a sus hogares, por lo que determinó que los desórdenes esquizofrénicos se deben a la vulnerabilidad biológica de los pacientes y a los conflictos familiares, haciéndolos reaccionar de manera reactiva y con mucho estrés a su ambiente, los diversos programas de terapia familiar logran reducir significativamente las recaídas en los dos años posteriores a la alta del hospital, en comparación con diversas condiciones de tratamiento individual, además, el hecho de que en estudios diferentes se utilizan versiones inyectables de medicación neuroléptica descarta la posibilidad de que los resultados se deban a un régimen diferente en la colaboración en la toma de la medicación.

El trabajo que a continuación se presenta, trata de como la orientación psicoeducativa, puede ayudar a padres y familiares de pacientes esquizofrénicos a mejorar la interacción entre estos, para explicar este abordaje se describe, una breve definición de lo que es la salud mental, a si también se habla de la esquizofrenia sus tipos y sub tipos, la características de estas y los signos y síntomas, se toma en cuenta la psicoterapia, como punto de partida, para explicar el tratamiento psicológico que a esta enfermedad se le pueda dar, en este apartado se le da una especial atención a la terapia sistémica familiar, método en el que se permite unir y organizar los conocimientos, engloba la totalidad de los elementos del sistema estudiado, pues de donde se apoya metodológicamente el tema, junto con la definición de lo que es psicoeducación que se cree que este será el punto de partida para hacer de la orientación psicoeducativa, método de cuidado que provee información y formación a la familia, complemento de tratamientos médicos, psicológicos y una herramienta eficiente para mejorar la interacción bajo un enfoque sistémico familiar.

La investigación titulada “La orientación psicoeducativa, dirigida a padres y familiares de pacientes esquizofrénicos. Un enfoque sistémico familiar”, es de gran interés por lo que resulta conveniente cuestionar, ¿Por qué es importante estudiar la orientación psicoeducativa?, ¿Qué beneficios tiene la orientación psicoeducativa bajo el enfoque sistémico familiar?, ¿Por qué es importante la orientación psicoeducativa?, ¿Por qué es importante atender a los familiares de los pacientes esquizofrénicos?, ¿Para qué es beneficioso atender a los padres y familiares de pacientes esquizofrénicos?; Al contestar estas preguntas se sabrá, si la orientación psicoeducativa dirigida a padres y familiares de esquizofrénicos, bajo un enfoque sistémico familiar, es una herramienta de apoyo que les permita mejorar la interacción y comunicación entre ellos, si es útil crear e implementar un programa psicoeducativo bajo el enfoque sistémico familiar para familiares de pacientes esquizofrénicos.

1.2 Marco Teórico:

1.2.1 Salud mental:

La salud mental es un concepto que abarca no solo un término utilizado para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas, sino que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional, que aun siendo inestable, no acarree más sufrimiento, que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a nuevas circunstancias, es también un concepto multidisciplinario que contempla, además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con el mundo laboral, con el urbanismo, las clases sociales, la educación, la cultura, las creencias y las modas, en definitiva con el estar aquí y ahora siendo quienes somos por género cultura y rol social.

Al oír el término “salud mental”, la mayoría de las personas piensa en “enfermedades mentales”, sin embargo, la salud mental implica mucho más que la ausencia de enfermedades mentales, la salud mental es algo que está en el deseo de todos, pero está determinada por:

- Como se siente con respecto de, el mismo.
- Como se siente con respecto de los demás.
- Como responde ante las exigencias de la vida diaria.

Una manera de definir la salud mental es describir las características de las personas mentalmente sanas.

- La salud mental es una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo del individuo, siempre y cuando este sea compatible con el de otros individuos.

Se utilizará el concepto anterior para definir la salud mental y que se utilizó en esta investigación, esta tiene relación con la vida cotidiana de todos, con el modo con que cada uno se lleva con su familia, en el colegio, en el trabajo, en el juego, en el barrio, en la comunidad, la salud mental es algo que todos desean para sí mismos, ya sea que lo sepan por su nombre o no, Cuando se habla de la felicidad, de la tranquilidad de espíritu, de la capacidad de goce o satisfacción, se está hablando usualmente de la salud mental, no existe justificación ética, científica ni social para excluir de la comunidad a las personas que sufren una enfermedad mental o trastorno mental.

No hay por qué temer a los que sufren una enfermedad mental, puede afectar a cualquiera, no hay que desatender los signos tempranos de la enfermedad, es preciso luchar contra los mitos y las ideas falsas, las enfermedades mentales y los trastornos cerebrales provocan sufrimientos y discapacidades, e incluso pueden acortar la vida, como se observa en los episodios de depresión posteriores a un ataque cardíaco, las afecciones del hígado resultado de la dependencia del alcohol o los casos de suicidio.

Muchas veces la existencia de un trastorno mental o cerebral se mantiene oculta, por voluntad del paciente o simplemente porque este o sus familiares no lo reconocen como una enfermedad, sin embargo, los exámenes mediante imágenes del cerebro han permitido identificar la subestructura anormal subyacente de muchos trastornos, en consecuencia, negar su existencia equivale a negar que existe el cáncer porque no se puede ver las células anormales sin un microscopio.

El tratamiento de las enfermedades mentales se relaciona muy a menudo con los hospitales psiquiátricos, sigue habiendo establecimientos que violan los derechos fundamentales de la persona y atentan contra su dignidad mediante tratamientos inhumanos, con demasiada frecuencia se considera que el abandono, la reclusión o el aislamiento son la única solución al problema que plantea una persona enferma, sin embargo, los hechos muestran que las personas aquejadas de una enfermedad mental o un trastorno cerebral pueden mejorar y hacer una aportación útil a la sociedad.

La salud mental es un concepto que abarca no solo el eufemismo utilizado para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas, sino que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que, aun siendo inestable, porque vivir lo es, no acarrea más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a nuevas circunstancias.

La vida y las circunstancias cambian continuamente, así también nuestro carácter, pensamientos y sentido de bienestar, es importante encontrar un balance en la vida tanto a través del tiempo como bajo diferentes circunstancias, a veces es natural sentirse desequilibrado: triste, preocupado, temeroso o sospechoso, pero este tipo de sentimientos se convierten en problemas cuando empiezan a obstaculizar la vida diaria por un prolongado periodo de tiempo.

1.2.1.1 ¿Por qué hay que prestar atención a los problemas de salud mental?

Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental, las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental,

además de resultar costosas, en términos tanto humanos como económicos, la salud mental tiene un marco legal, hay una directiva sobre salud y seguridad en el trabajo que entró en vigor en 1,993.

Adoptar las medidas necesarias para la protección de la seguridad de la salud de los trabajadores (en todos los aspectos relacionados con el trabajo), según los siguientes principios generales de prevención, evitar los riesgos, adoptar el trabajo a la persona.

La imagen que se tiene de uno mismo puede ser buena, entendiendo que tenemos dificultades y límites, así como capacidades y valores positivos que los equilibran y hacen sentir valioso, importante, con derecho a ocupar un espacio en el mundo y querer y ser querido.

1.2.2 Esquizofrenia:

“Estas palabras se ha usado en medicina y en psiquiatría desde hace más de 100 años, porque la enfermedad a la que se refiere había sido identificada desde entonces, se trata de una “psicosis”, y por lo tanto es un problema generalmente severo, con manifestaciones múltiples y muy evidentes que provoca dificultades para que el enfermo permanezca en la realidad, y que afecta gravemente su conducta adaptativa.

Generalmente afecta a gente joven entre los 16 y 25 años de edad, aunque también puede aparecer en la madurez, de cualquier forma, su inicio es menos común, después de los 30 años de edad y raro después de los 40.

Tanto hombres como mujeres son afectados de igual frecuencia, en los hombres el inicio de la enfermedad es más frecuente de los 16 a los 20 años,

mientras que en las mujeres su manifestación es un poco más tardía, entre los 20 y 30 años de edad.

La Organización Mundial de la Salud estima que una de cada 100 a 200 personas, esto es, entre 5 y 10 de cada mil, pueden estar afectadas por esta enfermedad, aparece en persona jóvenes, en promedio alrededor de los 20 años, aunque puede aparecer también en la adolescencia o en una edad más madura, en Guatemala el rango en el que se ha presentado en mayor grado es de los 30 a los 34 años de edad.

Después de la niñez, la esquizofrenia siempre implica la desorganización del nivel previo del funcionamiento, los sujetos con inicios de psicosis después de los 45 años, casi siempre sufren un padecimiento médico general, los restantes, es más probable que presenten alteraciones profundas de enfermedad maniaco-depresiva en lugar de esquizofrenia, la irrupción de esquizofrenia en el adulto, se nota cuando los amigos y la familia observan que la “persona ha cambiado” o que ya no es la misma el sujeto funciona más en áreas significativas de la vida cotidiana” (Howard H. Goldman, 1995, Psiquiatría General, pág. 273), como el trabajo y las relaciones sociales, con frecuencia hay una notable falta de interés por el cuidado de sí mismo en un individuo que antes era capaz de hacerlo, en la medida en que se pierde el dominio de la realidad, los pacientes experimentan los siguientes sentimientos:

- **Sentimiento de perplejidad:**

Al principio de la enfermedad, los sujetos informan un sentido de extrañeza respecto de sus experiencias, lo mismo que confusión en cuanto al origen de los síntomas y se preguntan por qué su experiencia diaria ha cambiado tanto.

- **Sentimiento de aislamiento:**

La persona esquizofrénica experimenta una sensación abrumadora de ser diferente y estar separada de otros individuos. Sufren una soledad intensa.

- **Sentimiento de ansiedad y terror:**

A menudo, la experiencia está impregnada por una sensación general de malestar y ansiedad, se agudiza en períodos del terror intenso originados por un mundo dentro del cual lo que se experimenta parece peligroso e incontrolable, y por lo general se atribuye a orígenes internos.

1.2.2.1 Curso de la enfermedad:

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases:

- **1ª fase prodrómica:**

Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad, se puede constatar que en algunas

personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo, pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia.

Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios... (Ramón de la Fuente, 1996, Psicología medica, pág. 109), esta fase se refiere a lo que pasa antes de la enfermedad antes que aparezcan los signos y síntomas característicos de la enfermedad.

- **2º fase activa:**

Es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica, estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días, en otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida.

La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año, un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas, lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las

características de las personas pueden oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.

- **3ª fase residual:**

No la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su cumbre y el deterioro personal, social y laboral es grave, en esta fase se aplica, la teoría de los tres tercios, 1/3 se recupera, 1/3 sigue teniendo ciertas limitaciones después de un brote, 1/3 curso grave de la enfermedad y no pueden vivir de forma autónoma.

1.2.2.2 Causas de la esquizofrenia:

“HIPÓTESIS DEL NEURO DESARROLLO: Últimamente ha surgido una teoría que sostiene que la esquizofrenia es un trastorno del neuro desarrollo "en el que la lesión primaria cerebral o el proceso enfermedad se manifieste clínicamente"(Weinberger, 1995.), esta es una sola teoría pues la esquizofrenia es considerado como el cáncer de la psiquiatría, es decir que no se sabe a ciencia cierta cuales son los factores que la ocasionan.

Según este punto de vista, las personas que padecen esquizofrenia pueden haber sufrido algún tipo de alteración del desarrollo cerebral durante la gestación, por diversas razones, el trastorno se manifestaría solamente al principio de la edad adulta, cuando algunos sistemas neuronales concretos que maduran mucho después del nacimiento, se revelan incapaces de afrontar diferentes tipos de estrés psicosocial y vicisitudes propias de la vida, aunque este punto de vista es todavía hipotético, hay distintos tipos de evidencia que tienden a apoyarlo.

En concreto se ha demostrado que complicaciones en el embarazo y el parto multiplican entre dos y tres veces, el riesgo de padecer esquizofrenia, probablemente por el daño originado en el cerebro en desarrollo. La hipoxia perinatal (falta de oxígeno en el feto), que acaece en el 20%-30% de las personas que padecen esquizofrenia, parece ser un factor importante, si se comparan estos datos con la tasa del 5% al 10% en la población general.

El riesgo de daño cerebral intrauterino aumenta si la mujer embarazada contrae una enfermedad vírica, así, al final del invierno y en primavera nacen más personas con esquizofrenia que en otras estaciones del año y la proporción de afectados por este trastorno y nacidos en este periodo aumenta tras epidemias de enfermedades víricas como la gripe, el sarampión y la varicela, no obstante, las infecciones víricas de la madre representan probablemente sólo una pequeña fracción del aumento del riesgo de padecer esquizofrenia.” (Berenstein Isidoro, 1998 enfermedad mental, pág., 65), como ya se mencionó las teorías que se presentan, no son las verdaderas, pero estas las más acertadas en relación a esta enfermedad.

Una serie de factores genéticos y complicaciones en el embarazo y el parto pueden influir en la predisposición del recién nacido a padecer la enfermedad, el momento de la vida en que se inicia la enfermedad depende del grado de vulnerabilidad de la persona y de su exposición a diferentes tipos de estrés.

Los factores de estrés desencadenantes pueden tener una naturaleza biológica (abuso de drogas alucinógenas) o social (pérdida de un familiar), estos y otros factores y condicionantes también afectan a la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

1.2.2.3 ¿es hereditaria la esquizofrenia?

Las investigaciones efectuadas con familias indican que la vulnerabilidad a la esquizofrenia es hereditaria, un niño con un padre esquizofrénico tiene un 12% de probabilidades de padecerla, si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39%, mientras que un niño con padres sanos tiene un 1 % de probabilidades y un niño con un hermano que tiene este desorden tiene un 8% de probabilidades, estadísticamente el riesgo es menor en los niños donde los padres son sanos.

Los individuos con esquizofrenia que tienen un gemelo idéntico y, por ello, que comparten idéntica información genética, solo hay un 50% de posibilidades de que ambos gemelos se verán afectados por la enfermedad, esto demuestra que la esquizofrenia no está predeterminada por la genética, la herencia es solo una de las posibles causas, esto significa que la enfermedad puede presentarse incluso aunque no haya casos conocidos en la familia, así mismo, aunque se tengan varios parientes con dicha enfermedad, un miembro de una familia no tiene necesariamente que llegar a padecerla.

Los familiares de personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, el riesgo es progresivamente mayor en los familiares genéticamente más parecidos a los que padecen esquizofrenia, los resultados de 40 estudios europeos realizados entre 1920 y 1987 indican que cuanto mayor es la semejanza mayor es el riesgo.

Promedio de riesgo que tienen los familiares de una persona con esquizofrenia de contraer la enfermedad, recopilado de estudios con gemelares y familiares realizados en Europa entre 1920 y 1987”(www.apsa ar/docs/docum 2011doc. Perspectivas sistemáticas Julián Leff).

Los factores genéticos parecen ser importantes para el desarrollo de la esquizofrenia, no explican por sí solos su modo de presentación, en el riesgo de padecer esquizofrenia participan también factores no genéticos, no se trata, por tanto, de una simple enfermedad hereditaria con el tipo de segregación mendeliana que implica a un solo gen, sino más bien de lo que se denomina enfermedad genética compleja, varios estudios han tratado de identificar los genes que pueden asociarse con la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia, pero todavía no se ha obtenido una respuesta definitiva.

1.2.2.4 Signos y síntomas de la esquizofrenia:

1.2.2.4.1 Síntomas Positivos:

- **Alucinaciones:** Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. no está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presenta en el mundo externo, pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.
- **Delirio:** Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas, el alcance con la realidad está restringido, el paciente ve el delirio como la única realidad válida, aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción, tipos, persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia, (Goldman, pág. 488).
- **Trastornos del pensamiento:** La manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado, relatan a menudo que han

perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos, descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad, en las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

- A) Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos:** angustia, excitabilidad
- B) Síntomas positivos vegetativos:** insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios.
- C) Síntomas positivos de la motricidad:** comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

Los síntomas positivos consisten en aquello que el paciente hace o experimenta y que las personas no suelen presentar, como los delirios, las alucinaciones, las conductas extravagantes, en las fases agudas de la enfermedad, la excitación de los sentidos provoca trastornos en el cerebro, por lo que el paciente ve, oye, huele o siente cosas que no existen.

Pueden ser los más aparentes los que más problemas de adaptación parecen provocar al enfermo, aparecen por períodos intermitentes, que alternan con períodos en los que el enfermo puede no tenerlos, entre los más comunes se encuentran las llamadas alucinaciones, este término significa que el enfermo percibe cosas que no son reales, frecuentemente escucha “voces”, de una o varias personas, que hablan entre sí o con el paciente, y que con frecuencia le dan órdenes, también es posible que el enfermo oiga otro tipo de ruidos, vea,

sienta o huela cosas que no existen, además de las alucinaciones los enfermos suelen tener delirios, que son pensamientos irreales, que son pensamientos absurdos, con frecuencia el paciente piensa que los demás se fijan en él, que las cosas se refieren a él aunque no sea así, que los demás lo vigilan, e incluso que lo persiguen y quieren dañarlo.

Entre los síntomas positivos están además los problemas de organización de pensamiento, que consisten en que los pacientes piensen de manera confusa, provocando que digan cosas que parecen no tener relación entre sí, orden o sentido, también es posible que el enfermo sienta que sus pensamientos son leídos o robados, o que le son introducidos pensamientos ajenos a su cabeza.

1.2.2.4.2 Síntomas Negativos:

Pueden ser tan aparentes porque no provocan tantos problemas para manejar a un enfermo, aunque son los responsables de su deterioro y su discapacidad a largo plazo, entre estos síntomas puede mencionarse a la apatía, es decir falta de interés por actividades habituales, la abulia, o sea falta de iniciativa y voluntad para realizar este tipo de actividades, el aislamiento o falta de interés por relacionarse con otras personas, la improductividad, es decir la falta de actividad productiva y remunerativa, el descuido del aspecto personal, y el ensimismamiento o conducta que consiste en que, el enfermo pase el tiempo concentrado en sí mismo y en sus pensamientos, sin mostrar interés en los demás.

Los síntomas negativos pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un

ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos.

- **Pobreza afectiva:** Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento se observa expresión facial inmutable, es decir la cara parece helada, de madera, mecánica, movimientos espontáneos disminuidos y escasos de ademanes expresivos, no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado, escaso contacto visual, incongruencia afectiva, sonríe cuando se habla de temas serios, risa tonta, ausencia de inflexiones vocales, entre otros
- **Alogia:** Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, es observable en la pobreza del lenguaje, restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, pobreza del contenido del lenguaje, aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre, el lenguaje es vago, repetitivo y estereotipado, existe bloqueo e interrupción antes de que un pensamiento o idea haya sido completado.
- **Abulia –Apatía:** La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso, la apatía es la falta de interés, a diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste, se manifiesta en, los problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, sentimiento de cansancio, lentitud, propensión al agotamiento físico y mental, entre otros.

- **Anhedonia – insociabilidad:** La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras, tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, relaciones con amigos y semejantes restringidas, hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones. (Manual de psicopatología, pág., 492).
- **Problemas cognitivos de la atención:** Problemas en la concentración y en la atención, sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, por síntomas negativos se entiende aquello que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cotidianamente como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, y tener voluntad para emprender las tareas cotidianas.
- **Embotamiento afectivo:** Las personas con esquizofrenias suelen presentar un estado emocional aplanado, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor, la persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva.
- **Pérdida de vitalidad:** la esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en diversiones, surge en ellos indecisión, negativismo y pasividad, mezclado con impulsos súbitos, entre otros.
- **Pobreza de pensamiento:** Algunas personas con esquizofrenia sufren una notable reducción de la cantidad y calidad de su pensamiento, rara

vez hablan con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle.

Tanto los síntomas positivos como los negativos, suelen variar a lo largo de la enfermedad pudiendo predominar unos al principio y otros al cabo de unos años del inicio del trastorno, es habitual que, con el paso del tiempo, los síntomas de la enfermedad se apacigüen y casi desaparezcan quedando el paciente con las "secuelas" de la misma, que consisten en un estado de pasividad, torpeza de pensamiento, abandono del cuidado de sí mismo y de su casa y sentimientos fríos hacia las personas, pero sin presentar delirios ni alucinaciones

1.2.2.5 Alteraciones:

Observando a las personas que padecen la enfermedad de la esquizofrenia, son notorios muchos cambios en la estructura mental de los mismos, en áreas específicas como en la memoria, en la razón, en el juicio crítico y otros procesos mentales, dentro de estas alteraciones destacan las siguientes:

- **Falsas creencias:** Son lo que se denomina delirios, ideas absolutamente falsas que el paciente cree ciegamente y que persisten a pesar de intentar explicárselo, es el caso de creerse perseguido por alguien, creer que hablan de él en los medios de comunicación o en carteles, creer que le miran, entre otros.
- **Negación de la enfermedad:** Es uno de los síntomas que más daño hace al paciente, a familiares y a profesionales, se trata de negar absolutamente que exista la enfermedad, es decir, el paciente no es consciente de que está enfermo, alteración del sentido de sí mismo, la

persona siente que algo ha cambiado en su cuerpo, que ya no es la de antes, que no están claros los límites entre uno mismo y el mundo en el que vive, puede llegar incluso a defender que los miembros no le pertenecen o que por dentro está vacío, (Ramón de la fuente, pag.145), estas características son variantes en las personas que padecen la enfermedad, generalizar sería etiquetarlos dentro de un grupo que no sería productivo, para la sociedad, al lograr que la persona con esquizofrenia sea consciente de su enfermedad se está logrando que tenga una mejor aceptación y mejor manejo de su padecimiento.

- **Cambios en las emociones:** La afectividad, en términos generales, da un gran cambio generándose al principio alteraciones de las emociones sin motivo, con cambios de afecto hacia los familiares, amigos y conocidos, el cambio puede acelerarse y llegar casi a la ausencia de sentimientos que se traslucen en una cara inexpresiva y en un absoluto desinterés por cuanto le rodea.
- **Aislamiento:** El paciente se encierra en sí mismo y en su mundo interior, rompiendo con el exterior y abandonando todos sus contactos anteriores. Se manifiesta por no salir de casa, estar encerrado en su habitación y evitar la compañía de los demás
- **Falta de motivación:** El paciente se encuentra absolutamente desmotivado para hacer cosas, aunque sea algo sencillo, y se manifiesta por una pérdida progresiva en el autocuidado, la limpieza y el orden.
- **Angustia y depresión:** El paciente puede llegar a encontrarse enormemente inquieto y ansioso, por el sentimiento de que algo grave está ocurriendo y de que no puede hacer nada por evitarlo.

- **Lenguaje Único:** El mundo de los esquizofrénicos está determinado por sus propios sentimientos, pensamientos y capacidad para reaccionar. Los objetos que impresionan al paciente no son los mismos que afectarían a una persona normal en una situación dada, ya que la demarcación entre el mundo externo y el yo está modificada en estos individuos, Esto puede demostrarse en el uso tan particular que hacen del lenguaje ya que a menudo tienen una ausencia de palabras genéricas que impliquen categorías o clases, entre otros.

“A pesar de sus dificultades comunicativas muchas de estas personas pueden volver a trabajar, estudiar e insertarse en la sociedad, fundamental es que no los estigmaticemos para que puedan vivir una existencia lo más normal posible”, concluye el doctor Vidal, (Ramón de la fuente, pág. 160), para lograr esto se necesita un buen proceso terapéutico, más la adaptación y la inclusión de la familia en el tratamiento de la persona esquizofrénica.

El individuo esquizofrénico piensa y razona según reglas lógicas, privadas y a menudo idiosincrática, el individuo no puede conservar una cadena sostenida de pensamientos; sus ideas se deslizan de una a otra, y su comunicación esta alterada de manera grave (el llamado descarrilamiento o vaguedad de asociaciones, puede ocurrir también circunstancialidad (desviaciones sin importancia del lenguaje o tangencialidad) discreción sostenida del lenguaje, de modo que la conversación no llega a la finalidad perseguida.

- **Alteraciones en el contenido del pensamiento:** El pensamiento pierde fluidez y coherencia, al paciente le resulta casi imposible concentrarse o utilizar su mente incluso para operaciones sencillas, dice cosas que para los que le rodean no tienen sentido, en la mente del esquizofrénico,

pasan cosas que no ocurren en la mente de otras personas, las deformaciones de percepción e idiosincráticas, relacionadas de modo ilógico, conducen a conclusiones incorrectas, por lo general, esto se defiende con la emoción y es probable que origine una conducta socialmente inapropiada.

- **Alteraciones de la percepción:** Se llaman alucinaciones las percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo casi siempre son auditivas pueden ocurrir alucinaciones visuales, táctiles y olfatorias, pero con mayor frecuencia reflejan delirio, demencia o algún otro trastorno.
- **Alteraciones del afecto:** El afecto o “tono de los sentimientos” se refiere a la expresión externa de las emociones, en contraste con el estado de ánimo, que se infiere a partir de los datos combinados del afecto y la propia comunicación de los enfermos, en caso de esquizofrenia el afecto puede ser inapropiado, incompatible con el tema o contexto de la comunicación, es posible que el individuo sea extremadamente labil y manifieste cambios rápidos desde las lágrimas hasta las carcajadas, sin motivo evidente, en otros casos el ánimo es plano, casi sin signos de expresión emocional; la voz es monótona y el rostro inmutable, los pacientes pueden señalar que ya no reaccionan a la vida con intensidad normal o que están “perdiendo sus sentimientos”.
- **Alteraciones del sentido del sí mismo:** Los esquizofrénicos han perdido contacto con lo que ellos mismos son, pueden tener dudas, preguntas o preocupaciones sobre la propia naturaleza de su identidad.
- **Alteración de la voluntad:** En la esquizofrenia la alteración de las actividades iniciadas de manera voluntaria y con una finalidad, es

invariable y puede alterar gravemente el rendimiento en el trabajo o el funcionamiento en otras áreas, la alteración adquiere la forma de un interés o impulso inadecuado o bien de incapacidad para completar con éxito una acción.

- **Alteración de las relaciones con el mundo externo:** El individuo esquizofrénico tiende a evitar las relaciones con otras personas y a dirigir su atención hacia el interior, en dirección a ideas o fantasías egocéntricas e ilógicas.
- **Alteraciones de la conducta motora:** Las alteraciones motoras varían en ambos extremos, la reacción disminuida hacia el ambiente puede progresar hasta una reducción casi total de los movimientos y la actividad espontánea (estupor catatónico), situación en la cual el sujeto actúa como un autómatas o puede adoptar posturas extrañas flexibilidad seria, el movimiento también puede volverse constante, aberrante o salvajemente agresivo (catatonía agitada) y continuar hasta que intervengan la fatiga el tratamiento o la muerte.

1.2.2.6 Subtipos de la esquizofrenia:

1.2.2.6.1 Esquizofrenia tipo catatónico:

Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores, los expertos hablan de *estupor catatónico*, a pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él, su rostro permanece inmóvil e inexpressivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna, en los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos

lo suficientemente largos como para que peligre su vida, sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso, también se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas, los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento, sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz, el pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

Tipo catatónico (inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia)

1.2.2.6.2 Esquizofrenia tipo desorganizado:

Llamada también hebefrénica, predomina un afecto absurdo, no apropiado se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos, suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas, a menudo muestran falta de interés y de participación.

1.2.2.6.3 Esquizofrenia tipo indiferenciado:

Cuando no se cumplen ninguno de las tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o catatónico, se encuentra con este tipo de esquizofrenia, los rasgos incluyen conducta muy desorganizada, alucinaciones,

incoherencia o delirios notables, pero no se cumplen los criterios para los tipos desorganizado, catatónico o paranoide.

1.2.2.6.4 Esquizofrenia tipo paranoide:

La definición de esta, está basada por la preocupación de una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, es menos notorio el lenguaje desorganizado, ni afectividad aplanada.

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognitiva y de la afectividad.

Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas, los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad, es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

1.2.2.6.5 Esquizofrenia tipo residual:

Se presenta cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada.

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos, Ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado, hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos

ejemplo, afectividad aplanada, pobreza de lenguaje o abulia o dos o más síntomas positivos atenuados por ejemplo, el comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras, si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte, el curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa, no obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Los rasgos incluyen la falta actual de síntomas de fase activa, pero la experiencia definida por lo menos de un episodio esquizofrénico en el pasado, con presencia continua de síntomas negativos o tipos atenuados de dos o más de los síntomas de fase activa.

1.2.2.6.6 Esquizofreniforme:

Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a la esquizofrenia con la excepción de las dos diferencias siguientes, la duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómica, activa y residual es de al menos un mes), pero de menos de seis meses y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad aunque puede haberlo, la duración exigida para el trastorno esquizofreniformes es intermedia entre la del trastorno psicótico breve, en el que los síntomas se prolongan durante al menos seis meses, el diagnóstico del trastorno esquizofreniforme se establece de dos maneras.

1.2.3 Psicoterapia:

La terapia o psicoterapia es un proceso de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales, es un tratamiento

científico, de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

La psicoterapia, es un método de abordaje de los desajustes mentales, la mayoría de los sufrimientos personales surgen cuando no se es, lo que se gustaría ser (neurosis) o cuando no se está conectado, con este mundo y se crea otro diferente (psicosis), todo tratamiento asume que es posible cambiar algo de las personas, para ello es necesario explorar las emociones, creencias y recursos, para poder salir del bloqueo en el que se encuentra.

Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos, estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mala adaptativa para el individuo, este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen en entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

La definición enunciada, subraya el hecho que la psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición mal adaptativa definida, en este sentido, la psicoterapia tiene un marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico, aun cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales.

A partir de la segunda Guerra Mundial, la psicoterapia de grupo se ha difundido enormemente por todo el mundo, esta fue iniciada por Pratt en 1905, al introducir el sistema de “clases colectivas” a una sala de pacientes tuberculosos, la finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos, mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran de la mejor forma posible su régimen, dentro de un clima de cooperación, las clases o sesiones constaban de una breve conferencia del terapeuta, quien disertaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de la tuberculosis, a continuación, los pacientes formulaban sus preguntas o discutían el tema con el médico.

En vista de los buenos resultados que daba este método, Pratt escribió en 1906 un trabajo preliminar que amplió en los años subsiguientes, el método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica, su técnica se apoya en dos pilares, por un lado, activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad en el grupo; y por el otro, el terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada.

1.2.3.1 Psicoterapia familiar:

Cuando se habla de tratar a una familia que acude a una psicoterapia, se acepta un presupuesto, que esta desea eliminar un problema o malestar, y que debe realizar un cambio y que el profesional debe incidir sobre ella para que este cambio se dé, para ello las concepciones sistémicas apuntan a la necesidad de realizar intervenciones que profundicen el desequilibrio del sistema familiar, para que este por sí mismo busque un momento de cambio y cree solo una nueva manera de funcionar, para ello el terapeuta familiar se sirve de una serie de técnicas que si bien su uso no se puede considerar riesgoso, la certidumbre de

su éxito no es mensurable con exactitud. (Terapia familiar, modelos y técnicas 2000).

Cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular, ello otorga a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos, de allí que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en tres grandes grupos:

- **Modelos de terapia familiar:**

Existen tres perspectivas de intervención terapéutica, estos tres enfoques que a continuación se describen son, modelo del sistema familiar Interno, Los equipos de reflexión, modelo psicoeducacional.

El modelo psicoeducacional dirige sus objetivos únicamente al tratamiento de familias con un paciente esquizofrénico, quien es visto desde el enfoque psiquiátrico, aceptando el punto de vista médico; y se atiende únicamente a la familia para aminorar su angustia, frustración, preocupación y culpabilidad respecto a la patología del paciente, por otra parte, el modelo del Sistema Familiar Interno (SFI), retoma los procesos psicodinámicos, para lo cual Schwartz utiliza un lenguaje claro y de colaboración entre paciente y terapeuta, al primero, le ayuda a identificar su Yo para formar un liderazgo de éste con respecto a su estructura psíquica.

Los equipos de reflexión fueron creados por la escuela de Milán y difundidos por el Instituto Ackerman de Nueva York, el Instituto de la Familia de Galveston, Texas y por Tom Andersen en Noruega, quien los divulgó de manera más amplia.

Los principios básicos de este modelo fueron establecidos por Selvini-Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, aunque Andersen les da un matiz de posmodernidad donde la hipotetización y dirección quedan fuera del equipo de reflexión.

1.2.3.2 Terapia sistémica familiar:

Es un método, que permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción, engloba la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones que existen entre los elementos y la interdependencia entre ambos.

La Teoría General de Sistemas fue concebida por Bertalanffy en la década de 1940, con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar, en particular, la teoría general de sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como "organización", "totalidad", globalidad e "interacción dinámica"; lo lineal es sustituido por lo circular, ninguno de los cuales era fácilmente estudiarle por los métodos analíticos de las ciencias puras, lo individual perdía importancia ante el enfoque interdisciplinario.

El mecanicismo tiene la visión del mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, la teoría de los sistemas veía la realidad como estructuras cada vez más grandes, la Teoría General de Sistemas, que había recibido influencias del campo matemático (teoría de los tipos lógicos y de grupos) presentaba un universo compuesto por acúmulos de energía y materia (sistemas), organizados en subsistemas e interrelacionados unos con otros, esta teoría aplicada a la psiquiatría, venía a integrar los enfoques biológicos, dinámicos y sociales, e

intentaba, desde una perspectiva global, dar un nuevo enfoque al diagnóstico, a la psicopatología y a la terapéutica.

HALL y FAGEN han definido el "sistema" como: conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades, las partes componentes del sistema son los objetos, cuyas interrelaciones lo cohesionan.

Hay que distinguir "sistema" de "agregado", ambos son conjuntos, es decir, entidades que se constituyen por la concurrencia de más de un elemento; la diferencia entre ambos consiste en que el sistema muestra una organización de la que carecen los agregados, así pues, un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas, los sistemas pueden ser:

- **Sistema abierto:** Relación permanente con su medio ambiente, intercambia energía, materia, información. Interacción constante entre el sistema y el medio ambiente.
- **Sistema cerrado:** Hay muy poco intercambio de energía, de materia, de información, con el medio ambiente, utiliza su reserva de energía potencial interna, si no ocurre importación o exportación en ninguna de sus formas, como información, calor, materia física, por consiguiente sus componentes no se modifican, una reacción química que tenga lugar en un recipiente sellado y aislado.

Los sistemas vivos son *sistemas abiertos* pues intercambian con su entorno energía e información, ejemplos de éstos serían, una célula, una planta, un insecto, el hombre, un grupo social, la familia, por tanto, la considera un sistema abierto.

Los sistemas abiertos tienden hacia una evolución constante y un orden estructural, en contraposición a los cerrados en los que se da una tendencia a la indiferenciación de sus elementos y al desorden, hasta alcanzar una distribución uniforme de la energía.

1.2.4 Psicoeducación en esquizofrenia:

La psicoeducación es un método de cuidado que provee información y formación a la familia complemento de tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación, el programa de psicoeducación es de intenso apoyo y educación a las familias y debe ser sostenido en el tiempo.

Las intervenciones tienen como objetivo desarrollar una alianza terapéutica positiva que sostenga a los pacientes en la comunidad, minimice las recaídas y disminuya la tensión en los familiares.

Este modelo intenta disminuir la vulnerabilidad, mejorar el funcionamiento cognitivo, aumentar la motivación para realizar actividades en pacientes compensados y reducir la ansiedad familiar a partir del apoyo y la información sobre la enfermedad, el objetivo de la psicoeducación es mejorar la calidad de vida creando climas de emoción expresada baja (EE) en el hogar, en la creación, en el trabajo o en el estudio, esto reduce el estrés y las recaídas, el programa incluye información específica y concreta sobre la enfermedad y sugiere actitudes, conductas y técnicas para poder enfrentar los problemas que causan los síntomas en la convivencia y les permite la recuperación y la integración en lo social (recreación, estudio, trabajo).

La psicoeducación intenta romper el círculo vicioso de la repetición de episodios, crisis e internaciones a partir de operar con estos principios:

- Crear una alianza que promueva el trabajo vincular entre los profesionales, los pacientes y las familias.
- Proveer información sobre la enfermedad y su manejo a la familia y si es posible al paciente.
- Establecer un medio social que apoyo al paciente en la comunidad.
- Integrar gradualmente al paciente en los roles familiares, sociales y laborales.
- Crear cuidados continuos en la familia y con el paciente.

1.2.4.1 Terapia psicoeducacional:

Esta corriente nace de la relación que existe entre los diferentes conceptos de terapia familiar y los tratamientos psiquiátricos con que se abordan los problemas de esquizofrenia; sus fundadores son Carol Anderson, Douglas Reiss y Gerald Hogarty, este modelo comparte los lineamientos de los inicios del movimiento posmodernista, no acepta culpar a los familiares de los pacientes y establece el compromiso de colaborar con éstos para vencer las consecuencias de dicha enfermedad (Terapia familiar modelos y técnicas 2000)

Difiere de los demás modelos, primeramente por sus ambiciones, pues en lugar de establecer como objetivo primordial la curación, este modelo únicamente desea disminuir la angustia de los familiares y fortalecer sus habilidades para conllevar, de manera menos angustiante, la problemática de estos pacientes, así como prevenir caídas posteriores, marcando la diferencia en sus objetivos y metas.

En general los terapeutas familiares y clínicos, en su intención de realizar una intervención honrosa ante los miembros de la familia y de los pacientes, se

involucran en sesiones que se convierten en un torbellino de acusaciones y quejas de unos hacia los otros, en una conversación de “ping pong” que la mayoría de las veces terminará en situaciones de resistencia y culpas, donde se acrecentarán los síntomas de ansiedad del paciente y la familia.

Los tratamientos más comunes de la esquizofrenia casi siempre se centran en aplicar fármacos y hospitalizar al paciente, en los estudios acerca de las recaídas de los pacientes emergió la certeza de que el régimen de medicamentos no prevenía la recaída, sino que únicamente la retardaba mediante interminables dosis de éstos.

Con estos conceptos, tres diferentes grupos iniciaron sus trabajos con esquizofrénicos, a finales del decenio de 1980-1989. Michael Goldstein, quien trabaja con el grupo de la Universidad de California en los Angeles (UCLA) en el programa de terapia incluía la aplicación de medicamentos y el trabajo con la familia del paciente esquizofrénico; el grupo de Ian Falloon, de la Universidad del Sur de California (USC) con un modelo altamente conductual; y Carol Anderson, quien trabaja en la Clínica del Instituto Psiquiátrico del oeste de Pittsburg, y fundó el modelo “Psicoeducacional”.

Anderson y sus colegas centran su atención en el impacto devastador que este problema provoca en las familias de las personas esquizofrénicas y no en las causas del mismo; se interesa en las características de los familiares o en el escenario para producir o mantener la patología, su interés consiste en enfocar la desolación y desesperación de los familiares del paciente esquizofrénico como una consecuencia inevitable que los rodea de frustración y preocupación, sin embargo Anderson afirma que la familia está involucrada en la formación de esta patología, no porque el sistema familiar fomente el síntoma, sino debido a que la enfermedad ha agotado las fuerzas de este sistema, formándose patrones

disfuncionales entre los miembros de la familia y en aquellos quienes tratan de ayudarlos.

La corriente psicoeducacional no sólo trata de cambiar las ideas de la interacción de la familia y los pacientes, sino que también toma conciencia del daño que los profesionales insensibles a este problema han causado a los familiares, aquellos que confrontan en lugar de prever información, apoyo, estructura y el sentido del control que los familiares necesitan para salir de una crisis, este modelo trabaja por lo regular a nivel institucional y proporciona a la familia información acerca del avance del paciente y de los alcances de la enfermedad.

Estos planteamientos unidos al concepto de culpa, pena y confusión que tiene la familia, son la causa de que abandonen el tratamiento o se den por vencidos, el enfoque psicoeducacional establece una relación de cooperación, apoyo y orientación a la familia del paciente esquizofrénico, dándoles toda la información posible sobre la esquizofrenia para que se sientan que no están solos, compartir la información es lo que conceptúa el modelo psicoeducacional. (Anderson 1981, pág. 167)

Anderson y sus colegas agrupan a familiares de esquizofrénicos en talleres que denominan “habilidades de supervivencia” estos tienen una duración de ocho horas continuas, una vez a la semana, ahí se discuten las limitaciones de la enfermedad, su etiología, las crisis que la caracterizan, su tratamiento, los avances científicos, la información relacionada, la problemática del ambiente y la reorganización de la familia, el objetivo de estos talleres es dar a conocer, en forma clara y sencilla, todos los avances y limitaciones que existen en este campo, sin hacer sentir culpables a los pacientes, a la familia o a los terapeutas por las limitaciones de la enfermedad.

A las familias se les brinda esperanza que la vida puede continuar y que inclusive puede ser mejor, pero con la debida cautela para no crearles falsas expectativas de una cura total, también se les proporciona una atmósfera de perspectivas reales sin falsas suposiciones, con estructura y límites claros que deberán establecer en su hogar para que el paciente forme sus estructuras funcionales.

Uno de los funcionamientos de la intervención psicoeducacional es disminuir las expectativas y la presión hacia el paciente para que éste se comporte como una persona “normal”, la familia deberá verlo como un individuo que tiene un problema psicodinámico y que necesita una recuperación muy larga, los pacientes requieren lapsos muy prolongados de sueño, solidaridad y límites en sus actividades después de una recaída, con el fin de evitar conflictos entre ellos y sus familias, estas recomendaciones son muy contrastantes con las de los otros enfoques terapéuticos de la terapia familiar como el tratar a los pacientes como normales y que puedan llegar a la recuperación total.

En su libro *Leaving Home* (1980) Jay Haley propone tratar a estos pacientes como “normales”. Los asociados de Milán, Selvini-Palazzoli, Cecchin, Prata y boscoso afirman que la esquizofrenia puede controlarse después de controlar y romper el “juego sucio” de la familia y el paciente, Michael White Propone al paciente esquizofrénico y a la familia, luchar contra la enfermedad en lugar de dejar al primero “abandonado en un rincón”.

Los resultados de Anderson y sus talleres han sido impresionantes, hay una disminución en la polarización, tensión y resistencia de los miembros de la familia, así como una mayor cooperación, ya que sus métodos son posmodernistas, como la comprensión y el entendimiento de las consecuencias

en la familia, el mensaje continuo es que la familia no es responsable de la enfermedad de su paciente, con el constante apoyo y empatía a los familiares.

Anderson y sus colegas afirman que el modelo psicoeducacional no solo puede aplicarse a pacientes esquizofrénicos sino a todo tipo de problemas psicodinámicos, como son los trastornos crónicos y las adicciones

1.2.5 Familia y sociedad:

La sociología contemporánea (Bruce, 1984) define como estructura familiar: “Un grupo de parentesco cuya responsabilidad primaria es la socialización de los hijos y la plena satisfacción de otras necesidades básicas, esta consiste en un grupo de personas que tienen parentesco consanguíneo, de matrimonio o de adopción, y que viven juntos por un periodo indefinido”. (Teoría y problemas de introducción a la sociología, pag, 84).

Se pueden encontrar dos tipos de familia: La familia nuclear, entendida esta como la unidad básica, compuesta por el esposo, la esposa y su prole; a veces denominada familia conyugal, el segundo tipo de familia, se denomina familia extensa, la que se basa en vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, primos, sobrinos, etc.; este tipo de familia es denominado a veces como familia consanguínea. (Bruce, 1984, pág.. 88)

Lévi-Strauss (1976) afirma que si bien no existe ley natural alguna que exija la universalidad de la familia, hay que explicar el hecho que se encuentra en casi todas las organizaciones sociales, con esto, dice que la familia es un grupo social con tres características (Lévi-Strauss, 1976, pág., 34).

Primero, tiene su origen en el matrimonio; diciendo que el grupo social es el que muestra interés por el matrimonio, esto se evidencia en forma directa en

la necesidad de una licencia y posteriormente los servicios representantes reconocidos del grupo para su unión; este autor agrega además que uno de los rasgos casi universales del matrimonio es que no se origina en los individuos, sino en los grupos interesados (familias, linajes, clanes) y que además une a los grupos antes y por encima de los individuos; también señala que si bien es el matrimonio quien origina la familia, es la familia o más bien, las familias las que generan el matrimonio como el dispositivo legal más importante que poseen para establecer alianzas entre ellas, por esto el matrimonio no puede ser un asunto privado.

En segundo lugar, la familia está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos de éste, aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear; el autor dice que independientemente de las formas de familia, siempre hay una estructura que permanece en todas las sociedades.

En tercer lugar sostiene que los miembros de la familia están unidos por: lazos legales; derechos, obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo; una red de prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversa de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, etc.; es a partir de este punto donde el autor establece las prohibiciones y las prescripciones, desde la prohibición del incesto, de la familia.

Berenstein (1987) menciona que los sistemas pueden ser cerrados o abiertos; en el caso de la familia es un sistema abierto, hacia dos vertientes; desde un lado hacia el mundo interno de los individuos que conforman el sistema familiar y desde el cual intercambian vivencias e información, por otro lado este sistema familiar está abierto hacia el sistema social que le impone sus normas y que determina alguno de sus valores fundamentales.

No obstante, encontrar grupos familiares que se piensan a sí mismos, como sistemas cerrados y basa en él su estabilidad como grupo, negando de esta manera el sistema de la relación, tanto con el exterior como con el interior, se debe agregar (Berenstein) que la familia es un sistema estable, lo que implica que alguna de sus variables tienden a mantenerse dentro de ciertos límites definidos (Berenstein, 1987, pág. 132), este sistema posee las siguientes propiedades:

- **Totalidad y su Corolario; no sumatividad:** La familia no es sólo la suma de sus miembros sino que todos ellos forman un sistema donde una modificación de uno induce la del resto, pasando el sistema de un estado a otro.
- **Homeostasis:** Define la estabilidad del sistema, y la corrección y vuelta al estado inicial, cuando la relación entre las partes no es de sumatividad sino de circularidad (cuando cada parte modifica a la otra) se describe esta propiedad como realimentación: el sistema tiene mecanismos para volver al estado inicial de equilibrio, pero se puede incrementar el desequilibrio en el sentido del desarrollo o patología.
- **Equifinalidad:** Propiedad de los sistemas abiertos por la cual su estado está determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de manera tal, que distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema.
- **Calibración:** El hábito es un método económico de solventar problemas familiares, sustituyendo la calibración por la realimentación. La regulación, debido a esta propiedad, es equivalente y se constituye por las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema, además consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro.

1.2.6 Efectos psicológicos que experimentan emocionalmente los familiares de esquizofrénicos:

Berenstein (1987) menciona que por lo general, cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familia se define como sanos opuestos al integrante definido como enfermo, con esto sostiene que la familia de un enfermo mental, como sistema sano o normal, sigue los lineamientos de las normas sociales, las cuales son adaptadas al criterio vigente, desde donde las conductas normales son aquellas que la sociedad considera como tales con arreglo a una norma, se ha sugerido (Berenstain) que como la categoría enfermo se dirige hacia un integrante de la familia, con frecuencia se quejan de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar.

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que la esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia, además afirman que la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo; mencionando que no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, exoactuaciones entre los hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia, se afirma que las familias tienden a las respuestas emocionales siguientes (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986, pag.387):

- **Angustia, miedo:** Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados aun antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo, presenciar cómo un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora, los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.

- **Culpa:** Muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer, los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones, con sus mensajes que destacan la conexión entre la buena crianza y el éxito del hijo, parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.
- **Estigma y embarazo:** Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, gran parte de esto se debe al miedo, la incompreensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales, cuando actúan de esta manera extraña, es comprensible que causen dolor y reacciones adversas en sus familiares al resultar con embarazos.
- **Frustración:** Cuando un miembro de una familia contrae una enfermedad mental, lo habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles, los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos mecanismos de resolución comunes hacen que la mayoría de los familiares se sientan naturalmente cada vez más frustrados.
- **Ira:** Es una respuesta normal a la frustración crónica, aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes.

La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador.

- **Tristeza, duelo:** La mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico, estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes, enunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aún si el paciente es su único hijo, también lo es para el cónyuge de un paciente cuando debe llorar la pérdida de una esposa o marido que le corresponde genuinamente, y aprende a hacer frente el ensimismamiento del ser querido o al menos a cabo de sus capacidades.

Es con lo anterior que Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que existen diferentes respuestas conductuales comunes como, adaptarse y normalizar la situación, adoptando una rutina con el fin de incorporar las pautas de conducta del enfermo, recurrir a los ruegos y halagos, esquizofrénico, hacer caso omiso de la conducta del paciente, tratando de negar importancia a los síntomas de no pensar en ellos y de centrar la atención en otros aspectos de su propia vida, asumir responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección, vigilar constantemente al enfermo, reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo, hacer caso omiso de las necesidades de los otros miembros de la familia, con el tiempo esto puede llevar al deterioro de otras relaciones familiares, o hacer que otros miembros de la familia se sientan desentendidos o abandonados por que no hay tiempo.

Berenstein (1987) afirma que, una familia puede cuidar con solicitud a su enfermo mental, sin embargo, maltratarlo o reprocharle por su maltrato a los

integrantes, la familia puede contraer grandes deudas para pagar el tratamiento del enfermo, al mismo tiempo, el resto de los integrantes sentirse envidiosos y en competencia con el paciente por la cantidad de gastos que insume.

1.2.6.1 Apoyo social a la familia de pacientes esquizofrénicos:

Si a la familia se le auxilia desde fuera, se le apoya para que vea que los problemas apuntados son habituales, que estas situaciones pueden ser positivas porque ayudan a crecer, se le está ayudando a descubrir sus propias capacidades, se le hace ver lo que está ocurriendo exactamente; se le evitarán malos ratos y sobre todo, se le ofrecerán motivos y razones para vivir mejor, más reconciliados consigo mismos y con la sociedad.

Las familias necesitan apoyo, compañía, técnicos que le enseñen y le arropen para reducir los sentimientos de aislamiento y fracaso, y para ayudarles a manifestarse, a decir en voz alta sus emociones, sus sentimientos, todo ese mundo que, si se queda dentro, termina pudriéndose, hay otros momentos en los que los gritos salen de dentro de las casas.

Las familias buscan sacar tiempo y energía para tomar decisiones, para la actividad cultural, para estar con los amigos, para disfrutar del tiempo libre y del ocio reparador, para los momentos religiosos quienes los viven y necesitan, en definitiva, para vivir un orden íntimo y un control exterior que no tolere el desmoronamiento familiar, que no rompa el nivel de satisfacción conyugal y familiar, todo esto, vivido como un proceso vital continuado, exprimiendo la alegría de vivir en un camino permanente, no contentándose con unos pocos momentos aislados.

La familia se manifiesta como sujeto de socialización del enfermo esquizofrénico, se observa, que el papel de la familia es fundamental en la socialización y resocialización de los enfermos esquizofrénicos, en otras ocasiones, desgraciadamente, se comprueba y verifica lo contrario, la desintegración, la no-socialización y no-rehabilitación desde la familia, porque es la propia familia la que necesita sacar la cabeza del pozo, respirar, sobrevivir en medio de este mundo, demasiadas veces tan inhóspito, sobre todo si nadie la cuida.

La familia procurará alejar con todas sus fuerzas una salida fácil y falsa, pero que siempre le rondará porque, a primera vista, soluciona todas las cosas clara y definitivamente, el peligro es claro y por ello lo avisamos: que la familia no utilice la táctica de echar la culpa al de fuera, de buscar un chivo expiatorio que vive más allá del felpudo de la entrada de su casa, esta figura del adversario exterior se va diseñando en los sótanos de la mente de cada uno y se construye con los materiales que el subconsciente aporta, ansiedades, repulsiones, anhelos reprimidos, inconfesables, apetitos larvados y vergonzantes, todos aquellos elementos de los que se quisiera ver libre, proyectarlos al exterior, adjudicarlos a otro, es la manera más expeditiva, y más fácil, de eliminarlos.

Muchos enfermos, algunos de ellos en el límite mismo de sus posibilidades, no aceptan ya promesas de la sociedad, necesitan ahora mismo respuestas para escapar, para no estar o sentirse abocados y condenados a la cronicidad sin salidas de futuro.

El costo social de sufrimiento, dolor individual y familiar, es muy alto y si a ello se agrega el impacto general de la incapacidad que ella genera, es observable que se enfrentan con una problemática sanitaria y social de primer orden.

Si el paciente y sus familiares no poseen redes sociales fuera del hogar, están inevitablemente enfrentados a pasar la mayor parte del tiempo uno frente al otro y no encuentran alivio para la tensión emocional en su casa, al comienzo de la enfermedad, las familias poseen redes sociales de tamaño normal, pero a medida que la enfermedad progresa éstas se reducen, la razón en parte es la vergüenza y el desconcierto por la conducta del paciente y por tener un enfermo mental en la familia; los familiares, a menudo, dejan de ver a sus amigos y familiares y no los invitan más a su casa.

Los miembros de los grupos muchas veces desarrollan relaciones sociales unos con los otros y de esta manera los grupos pueden actuar como piedra basal para la vuelta a la sociedad, las consecuencias de la esquizofrenia son dolorosas e inaceptables tanto para el individuo como para la comunidad que lo rodea.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas y Procedimiento de Trabajo:

A) Cuestionario:

Se abordó a personas que asistían con un familiar que este diagnosticado con esquizofrenia a la cita dada por el hospital, con el fin de formar un parámetro, de que elementos tiene que presentar el programa que al final de esta investigación se realice.

Los datos obtenidos del cuestionario se analizaron por medio de la técnica estadística de análisis porcentual, se inició por la ordenación y tabulación de datos de cada uno de los cuestionarios utilizados, posteriormente se procedió a obtener porcentajes y representarlos en una tabla de cada porcentaje, para expresar las tendencias en cada cuestionamiento y proceder al análisis cualitativo de la información obtenida.

El cuestionario, instrumento de recolección de datos, en la que se basa la investigación cuantitativa, este cuenta con quince preguntas cerradas, cada pregunta contienen la intención de afirmar, negar o no saber, sobre el conocimiento que los familiares tienen sobre que es, la esquizofrenia, como es el curso de la enfermedad, si necesitan ayuda para tratar mejor a sus familiares enfermos, si el hospital les puede brindar un apoyo a la persona que acompaña al paciente a su cita, para librar la carga emocional o la frustración que esté presente, y está dividido de la siguiente manera:

Preguntas del 1 al 6.	Cuanto conoce la persona de la enfermedad de la esquizofrenia, que es, como se origina, si se cura, el inicio de la enfermedad en su familiar y si conoce el medicamento que se utiliza en el
-----------------------	---

tratamiento de la enfermedad.

Preguntas 7 – 12. Sobre la vida social de sus familiares Esquizofrénicos, la relación entre ellos y los aportes que lleva a cabo el paciente a la familia.

Preguntas 13 – 15. Como es la atención y el apoyo psicológico que brinda la institución a el como familiar de un paciente enfermo mental.

Pregunta 16. Comentarios del entrevistador respecto a la persona que se entrevistó.

El cuestionario tiene una duración de 20 minutos y es aplicado de persona a persona, cuenta con un apartado de datos generales de la persona a quien está entrevistando, que parentesco familiar tiene con la persona enferma, la hora de inicio, la hora de terminación, quien realizo la entrevista, y un apartado para colocar el comentario o una anotación que el entrevistador crea conveniente realizar. (Ver anexo1).

B) Entrevista semi estructurada:

Se entrevistó a personas que padezcan esquizofrenia y estén acompañados de los padres o un familiar que asistan a su cita en la consulta externa del hospital nacional de salud mental, participantes en la investigación, se llevó a cabo en dos sesiones, la primera con el fin saber que opinan y que saben de la enfermedad de la esquizofrenia y la segunda para determinar cómo ha sido la relación con sus familiares que padecen la enfermedad, así obtener información para elaborar el programa con datos en las que ellos consideren se puede brindar la ayuda

Tomando nota de las 20 entrevistas y 20 cuestionarios realizado por el investigador, durante las sesiones, en las actitudes y comentarios de los participantes y las que se apreciaban mejor sirvieron para analizar y describir los resultados, de cada cuestionario y entrevista de forma individual, para tomar los datos que precisen para elaborar el programa psicoeducativo para los padres y familiares de pacientes esquizofrénicos

La entrevista semi estructurada, instrumento para la investigación, basada en una guía de 15 cuestionamientos, que se detallan a continuación:

Preguntas de la 1 a la 8. Sobre lo que piensan y saben los padres o familiares de las personas y de la esquizofrenia la relación y la vida antes del padecimiento de su familiar.

Preguntas de la 9 a la 11. Como se siente emocionalmente el entrevistado con la relación que tiene con su paciente esquizofrénico.

Preguntas de la 12 a la 14. Como se sienten el resto de los familiares que tratan directa o indirectamente con el paciente que padece la esquizofrenia.

Pregunta 15. Observaciones del entrevistador y comentarios.

Esta entrevista se aplica de persona a persona y tiene una duración de 20 minutos, cuenta con un apartado, sobre los datos de la persona que está siendo entrevistada, fecha, lugar, hora de inicio y terminación y nombre del entrevistado, otro apartado sobre la investigación de interés, abierta a obtener alguna otra información al respecto (ver anexo2).

2.2 Instrumentos de recolección de datos:

A) Cuestionario:

Consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, el contenido de las preguntas es tan variado como los aspectos que mide en esta investigación se consideró el cuestionario con preguntas cerradas, estas contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas, es decir, se presentan a los participantes las posibilidades de respuesta quienes deben acotarse a estas.

Basado en una serie de preguntas cerradas, contiene categorías u opciones de respuesta que el investigador ha delimitado previamente, es decir, se presentan a los participantes las posibilidades de respuesta, quienes deben acotarse a estas, contiene varias opciones de respuesta, el entrevistado tiene que elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta, hace notar algo lógico pero en ocasiones se descuida y resulta fundamental para indagar en la investigación que se realizó.

B) Entrevista semi estructurada:

Esta se basa en una guía de asuntos o preguntas, el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, esta entrevista elaborada por el investigador, contiene cuatro apartados, el estado de ánimo, las relaciones interpersonales, la cotidianidad y las actividades cotidianas y comunicación dentro del ambiente del núcleo familiar.

Las preguntas de la entrevista son sobre cada tema que el entrevistador tendrá la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, en especial las de

interacción con sus paciente esquizofrénicos, cuatro apartados que indagan sobre el estado de ánimo, las relaciones interpersonales, la cotidianidad y las actividades cotidianas y comunicación dentro del ambiente del núcleo familiar se basa en 15 cuestionamientos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población:

3.1.1 Características del lugar:

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Nacional de Salud Mental ubicado, en la colonia Atlántida final zona 18 de la ciudad de Guatemala, que atiende a personas que padecen de enfermedades mentales, o consultan por molestias en su estado de ánimo o su personalidad, cuenta con instalaciones para internos y externos con un área de emergencia.

3.1.2 Características de la población:

La población con la que se llevó a cabo la investigación comprendió a todas las personas, que asistan a la consulta externa en su fecha de cita, que padecen esquizofrenia (tipos y subtipos), y que se acompañen de sus padres o familiares, que se vean afectados por las condiciones del padecimiento de dicha enfermedad.

Los participantes fueron en su mayoría ladinos e indígenas, provenientes de los lugares aledaños del hospital, por lo que su condición económica era de clase media-baja, la mayoría de los entrevistados tenían estudios entre sexto y tercero básico concluido, los acompañantes regularmente eran amas de casa o algún familiar que no trabajan en empresas, si no en negocios propios que ellos mismos atienden, y que lo han decidido así por el cuidado que le brindan a su familiar enfermo, las edades de los entrevistados oscilaban entre los 35 y 65 años de edad.

3.2 Vaciado de datos:

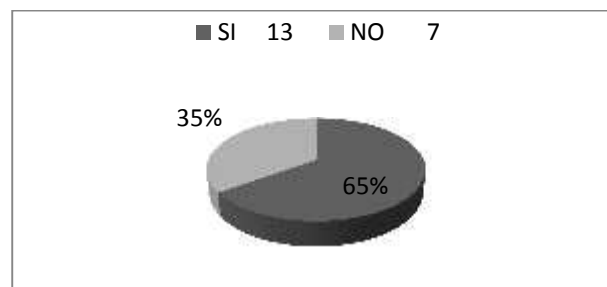
Los datos obtenidos se presentan por medio de un análisis de los instrumentos y los cuestionamientos que cada uno de estos tiene y se dan a conocer en una narrativa continua, donde aparecen las respuestas más frecuentes que se obtuvieron en la aplicación de los instrumentos de forma individual, se realizan categorías en la entrevista semi estructurada y se describen en cada una de estas los resultados obtenidos, en el cuestionario se grafican las respuestas y se sacaron los porcentajes, que a continuación se presentan:

A) Cuestionario:

La primera categoría del cuestionario trata de cuanto conoce la enfermedad de la esquizofrenia, corresponden a las preguntas del 1 a la 6.

Pregunta 1. ¿Sabe usted que es la enfermedad llamada esquizofrenia?

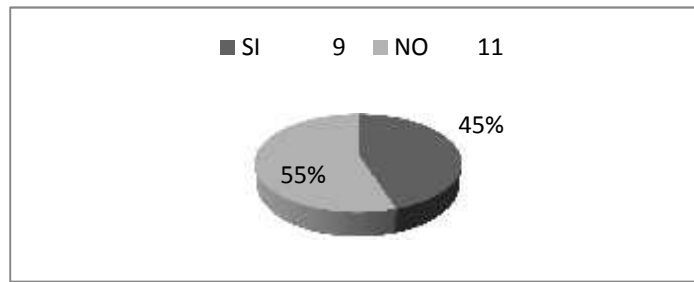
13 Respuestas fueron SI y 7 respuestas NO.



Grafica # 1. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

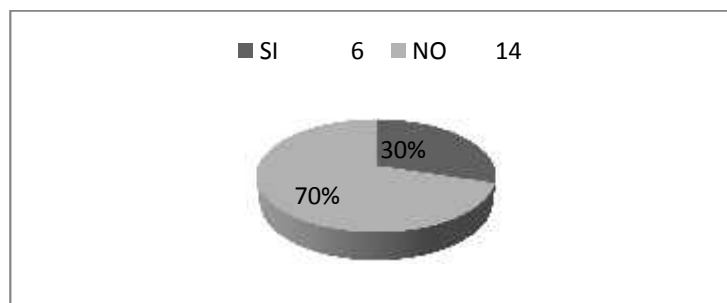
Pregunta 2. ¿Sabía usted que la enfermedad de la esquizofrenia no se padece por el consumo de alguna sustancia o alguna enfermedad médica?

9 Respuestas fueron SI y 11 Respuestas fueron NO.



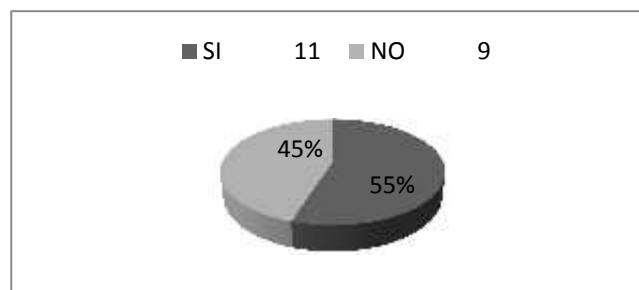
Grafica # 2. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 3. ¿Cree usted que la enfermedad de la esquizofrenia tiene cura?
 6 Respuestas fueron SI Y 14 Respuestas fueron NO.



Grafica # 3. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 4. ¿Tiene más de un paciente Esquizofrénico en su familia?
 11 Respuestas fueron SI Y 9 Respuestas fueron NO.



Grafica # 4. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Preguntas 5. ¿Cuánto tiempo tiene su familiar de padecer esquizofrenia?

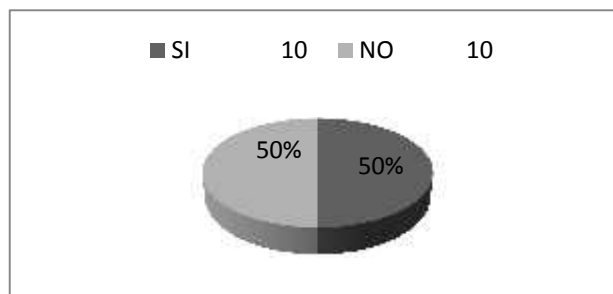
9 Respuestas fueron menos de 5 años Y 11 respuestas fueron más de 5 años.



Grafica # 5. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 6. ¿Tiene conocimiento acerca de los medicamentos que utiliza su familiar?

10 Respuestas fueron SI Y 10 Respuestas fueron NO.

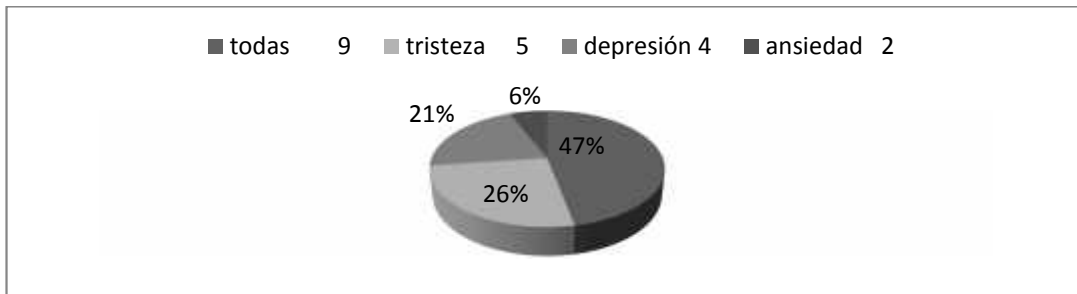


Grafica # 6. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

La segunda categoría de las preguntas 7 a la 12 Sobre la vida social de sus familiares Esquizofrénicos, la relación entre ellos y los aportes que lleva a cabo el paciente a la familia.

Pregunta 7. ¿Qué sentimientos ha experimentado en su estado de ánimo al convivir con su familiar esquizofrénico?

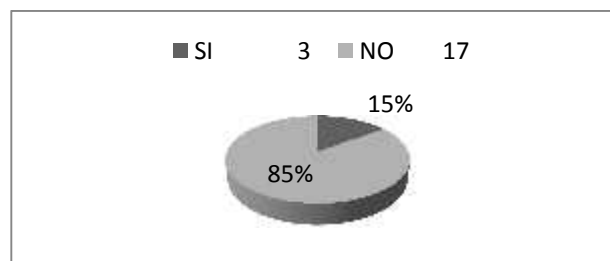
9 Respuestas en TODAS, 5 Respuestas en TRISTEZA, 4 Respuestas en DEPRESIÓN Y 2 Respuestas en Ansiedad.



Grafica # 7. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 8. ¿Aporta ingresos económicos su familiar esquizofrénico?

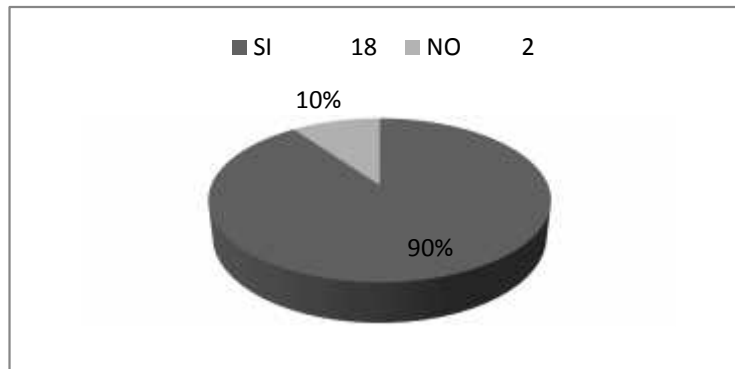
3 Respuestas fueron SI Y 17 Respuestas fueron NO.



Grafica # 8. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 9. ¿Considera usted que necesita más información acerca de cómo tratar al paciente Esquizofrénico?

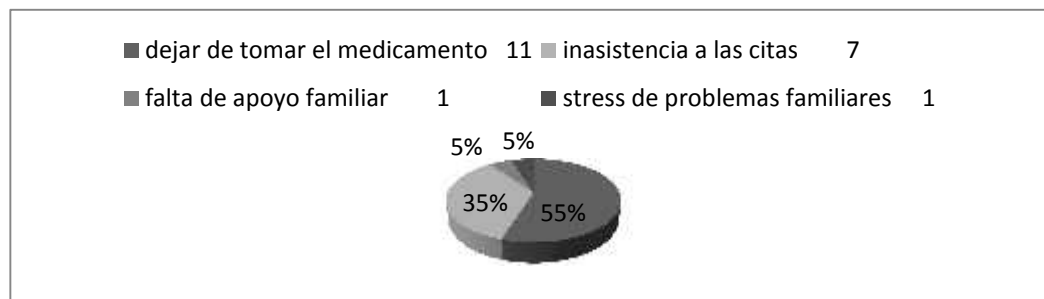
18 Respuestas fueron SI Y 2 Respuestas fueron NO.



Grafica # 9. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 10. ¿Cuál es la causa más frecuente de recaídas de su familiar?

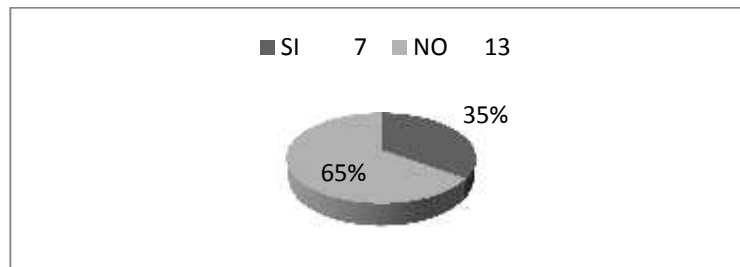
11 Respuestas fueron DEJAR DE TOMAR EL MEDICAMENTO, 7 Respuestas fueron INACISTENCIA A LAS CITAS, 1 Respuestas fueron FALTA DE APOYO FAMILIAR, 1 Respuestas fueron STRESS DE PROBLEMAS FAMILIARES.



Grafica # 10. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 11. ¿Motiva usted a su paciente a convivir con otras personas y hacer una vida social activa?

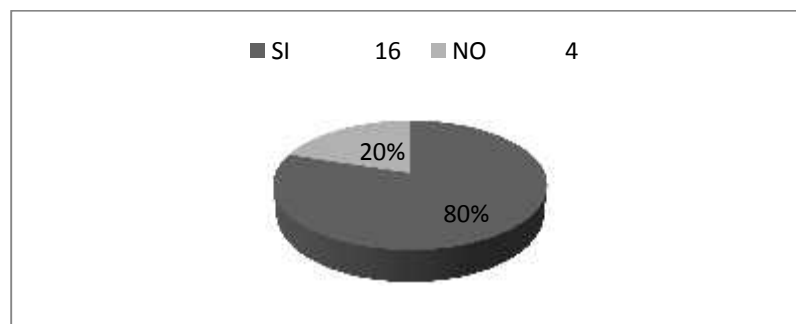
7 Respuestas fueron SI Y 13 Respuestas fueron NO.



Grafica # 11. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 12. ¿Ha sido discriminada su familia al saber que uno de sus miembros padece esquizofrenia?

16 Respuestas fueron SI Y 4 Respuestas fueron NO.

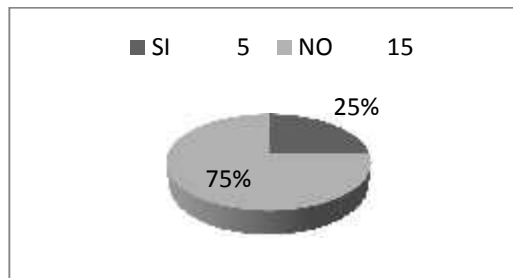


Grafica # 12. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

La tercera categoría preguntas 13 a la 15 trata de la atención psicológica que recibe de parte de la institución el entrevistado.

Pregunta 13. ¿Recibe usted apoyo médico y psicológico por parte del Hospital?

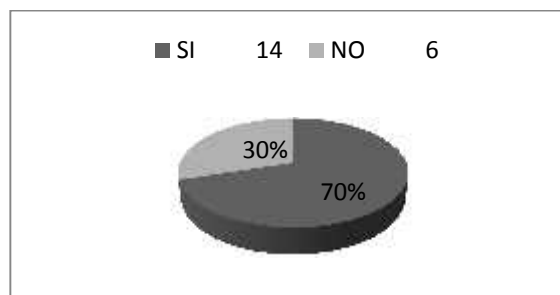
5 Respuestas fueron SI Y 15 Respuestas fueron NO.



Grafica # 13. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 14. ¿Le ha proporcionada una adecuada orientación psicológica el Hospital para el tratamiento del paciente?

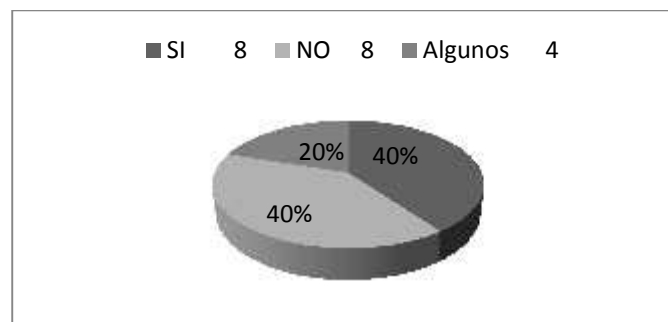
14 Respuestas fueron SI Y 6 Respuestas fueron NO.



Grafica # 14. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 15. ¿Conoce que síntomas presentan las personas que padecen esquizofrenia?

8 Respuestas fueron SI, 8 Respuestas Fueron NO Y 4 Respuestas fueron Algunos.



Grafica # 15. Fuente: Respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado a los acompañantes de pacientes esquizofrénicos.

Pregunta 16. Comentarios del entrevistador.

En este apartado se describió verbalmente lo que el entrevistador pensaba y entre los que se hicieron con mayor frecuencia fue que los entrevistados pedían que se les atendieran más, que también ellos debieran de tener un tratamiento psicológico.

B) Entrevista semi-estructurada:

Esta al igual que la guía de observación se analizó por categorías divididas por preguntas que contienen un denominador común entre ellas, los resultados se describirán en una narrativa continua en cada una de estas.

- La primer categoría de la entrevista semi-estructurada de las preguntas 1 a la 7, es sobre como lo que piensan y saben los padres o familiares de las personas y de la esquizofrenia la relación y la vida antes del padecimiento de su familiar.

Las respuestas más frecuentes que se encontraron en lo que pensaban de la esquizofrenia eran que era una enfermedad mental, que no tiene cura, que puede controlarse con el medicamento, que se sienten tristes, angustiados, cansados por atender a un familiar esquizofrénico, aunque la relación antes del padecimiento era normal y que quieren estar con ellos para apoyarlos en lo que puedan.

- La siguiente categoría de las preguntas 9 a la 11 indica cómo se siente emocionalmente el entrevistado con la relación que tiene con su paciente esquizofrénico.

Las emociones másfrecuentes que daban como respuesta eran motivados, en seguir brindándole apoyo a sus familiares, confiados en que Dios les va a brindar paciencia y tranquilidad para salir adelante con ellos, y que todo lo que se les pudiera brindar para mejorar la relación con los pacientes esquizofrénicos y con el entorno en el que se desenvuelven será bienvenido, que el tiempo que les dedican creen que es el suficiente, se quejan de que los familiares no le ayudan y les gustaría que lo hicieran más.

- La última categoría de la entrevista utilizada de las preguntas 12 a la 14, es sobre cómo se sienten el resto de los familiares que tratan directa o indirectamente con el paciente que padece la esquizofrenia.

Los sentimientos de los familiares, que no sean los que acompañan al paciente, fueron en su mayoría indiferentes, despreocupados e incluso evitan socializar con los pacientes, y con el padre o familiar a cargo, no muestran el deseo de poder atender a la persona que padece esquizofrenia, por lo tanto no se les nota motivados si no insensibles al apoyo que puedan brindar para mejorar la calidad de vida del que atiende como el paciente.

3.3 Análisis e interpretación de resultados:

El propósito fue psicoeducar, bajo un enfoque sistémico familiar a los padres y familiares de pacientes esquizofrénicos sobre lo que es, que medicamentos se utiliza, cuales son las mejores actitudes que deben de tener los cuidadores, para lograr, identificar estrategias para mejorar la atención que le brindan los padres y familiares a las personas que padecen de esquizofrenia, reducir en los familiares de pacientes esquizofrénicos las sensaciones de carga por tener que cuidar de un familiar que padece esquizofrenia, responsabilizar a padres y familiares de pacientes que padecen esquizofrenia sobre el cuidado

que estos merecen, apoyar a familiares de pacientes esquizofrénicos para compartir sus experiencias en cuanto a la convivencia con personas que padecen dicha enfermedad.

Para alcanzar estos objetivos se utilizó como una herramientas de investigación un cuestionario y una entrevista semi-estructurada, que proporcionaron datos sobre las preguntas de investigación, estos dieron como resultado, que la psicoeducación, bajo un enfoque sistémico familiar, mejora el estado de ánimo de las personas que cuidan a un familiar esquizofrénico, motivándolos, brindándoles más paciencia, mejorando la socialización, con la técnica de hacerse responsables todos, que cada uno de ellos se interese e interactúe con la persona que la padece para mejorar la calidad de vida de ambos.

Al identificar que la psicoeducación, bajo un enfoque sistémico familiar, tiene como resultado la mejora de la comunicación y de la atención que los padres y familiares de personas que padecen esquizofrénica, reducen en el estado de ánimo, las situaciones desfavorables como la tristeza, la desmotivación, la culpa, la frustración, cuando reciben la psicoterapia les hace la vida de mejor forma o vivir mejor por medio de comunicación, paciencia, lo más importante mantenerlo ocupado, asignarle tareas que pueda llevar a cabo, como el cuidado de algún objeto o alguna cosa, sacar provecho y educarlo en llevar a cabo bien la tarea asignada, mejorando la calidad de vida por medio de que todos como familia se involucren en el tratamiento del paciente.

La teoría que se utilizó con el afán de psicoeducar, a los padres y familiares fue, la terapia sistémica familiar, utilizando algunos conceptos de la terapia familiar, para formar un programa de atención para lograr lo anterior con las personas que se vieron involucradas en la investigación, los resultados

fueron positivos por que los participantes presentaban características inhibitorias en su personalidad, alcanzaron un punto en que se desarrollaron sin que se sintieran, tristes, frustrados, apenados e incluso avergonzados en vez de esto se presentaron motivados, satisfechos con lo hecho con sus familiares y con el tiempo que le dedican y agradecidos por brindarles una herramienta para mejorar la relación con sus familiares esquizofrénicos.

Al realizar la entrevista y el cuestionario a las personas que participaron, se obtuvo como resultado que, la psicoterapia y la psicoeducación contrarresta las actitudes desfavorables de los padres y familiares que cuidan de las personas con esquizofrenia, se puede describir por lo anterior, que la psicoeducación ayuda a identificar estrategias para mejorar la atención que le brindan los cuidadores a las personas esquizofrénicas, se apoya a los familiares y comparten sus experiencias en cuanto a la convivencia con las personas que padecen dicha enfermedad y los responsabiliza sobre el cuidado que estos se merecen.

Todo esto deja como resultado una herramienta que les permita mejorar la interacción y la comunicación, la psicoeducación, con un enfoque apoyado en la teoría psicológica sistémica familiar, para padres y familiares de pacientes esquizofrénicos.

La terapia sistémica familiar permite reunir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción, engloba la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones que existen entre los elementos y la interdependencia entre ambos, el fin es constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar, en particular, la teoría general de sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales

como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como organización, totalidad, globalidad e interacción dinámica, lo lineal es sustituido por lo circular, en las respuestas del cuestionario muchos de los entrevistados se enfocaban a el solo y el enfermo mental era un ente aparte que no lo veían como una persona enferma si no una persona caprichosa que estaba acomodada y que no quería realizar nada.

La investigación dejó como resultado que con lo anterior se puede involucrar a los pacientes en tareas de la vida cotidiana para que se mantengan ocupados y que se responsabilicen en el hogar con tareas que puedan llevar a cabo y que las cumplan, se pueden identificar que actividades se le pueden asignar, dentro de las recomendadas están de la vida cotidiana o en los que haceres del hogar, pero estas deben de ser coordinadas con el terapeuta para que se realice un consenso con el padre o familiar de cuál es la más adecuada para cada caso.

Tener en cuenta los cambios biológicos que se sufren durante todo el periodo de la enfermedad, es de suma importancia, pues este puede ser un agente de frustración e inquietud para quienes cuidan de enfermos mentales, este transcurrir de la enfermedad es inevitable, esto no significa que cada una de las etapas en la que se encuentre la persona no pueda interactuar, o psicoeducar, pero existen formas diferentes y adecuadas de acuerdo a la etapa y la situación que se esté tomando en cuenta, lo anterior demuestra que al finalizar la presente investigación se puede asegurar por los datos que se obtuvieron que la orientación psicoeducativa, a familiares de pacientes esquizofrénicos ayuda a disminuir los signos adversos sentido por los cuidadores y orienta a mejorar la calidad de vida de quienes la reciben.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones:

- La orientación psicoeducativa dirigida a padres y familiares de pacientes esquizofrénicos mejora la interacción y la comunicación entre estos mejorando así la calidad de vida.
- La terapia sistémica familiar es una herramienta terapéutica eficiente para mejorar los sentimientos de culpa, angustia y ansiedad que padecen las personas que cuidan de pacientes esquizofrénicos.
- Las mejores estrategias para mejorar la atención que le brinda los padres y familiares a las personas que padecen de esquizofrenia son la psicoterapia familiar, la psicoeducación en esquizofrenia, la terapia sistémica familiar.
- El conocimiento, por medio de la orientación psicoeducativa de la enfermedad, del transcurrir de la misma, el tratamiento farmacológico, los efectos del fármaco, reducen en los familiares las sensaciones de carga, culpa, tristeza, mejorando su estado de ánimo y la motivación para brindar atención.
- Los cambios que produce el transcurrir de la enfermedad en el paciente esquizofrénico puede ocasionar a sus cuidadores frustración, si no se les psicoeduca o no reciben tratamiento psicológico.
- Asignar tareas a los pacientes esquizofrénicos, entre el terapeuta y el cuidador, reduce las sensaciones de carga por tener que cuidar a la persona que tiene el padecimiento.

4.2 Recomendaciones:

Al Hospital Nacional de Salud Mental:

- Promover en sus clínicas de atención psicológica, la orientación psicoeducativa, dirigida a familiares de pacientes esquizofrénicos, y la terapia familiar por la necesidad que estos la reciban para disminuir las sensaciones adversas que surgen en el cuidado de su familiar enfermo.
- Fortalecer la información del transcurrir la enfermedad, el tratamiento farmacológico, los efectos secundarios de este, para que el cuidador no se frustre cuando se le presente situaciones que desconozcan.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas:

- Fortalecer en la teoría y la práctica la atención psicológica que deben de tener los cuidadores de personas que padezcan una enfermedad mental, con el fin de que estos obtengan salud mental.

A psicólogos clínicos:

- Utilizar técnicas de atención psicológica, como la terapia sistémica familiar para atender no solo a las personas enfermas si no, a la persona que esté a cargo de ellas.
- Coordinar con los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, tareas de la vida cotidiana que puedan realizar para hacer sentir útiles al enfermo y contrarrestar la carga en el cuidador.

A familiares de pacientes esquizofrénicos:

- Desarrollar y practicar, las técnicas propuestas por el terapeuta para mejorar la interacción y la comunicación con el paciente enfermo mental.

BIBLIOGRAFÍA.

1. American Psychoyatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), Washington DC 1994, Editorial Masson, S.A.3.Artigas R, Rocco V; 15 de abril de 2003; 21:15 horas;
2. Artigas R, Rocco V; 15 de abril de 2003; 21:15 horas; <http://www.bio.puc.cl/cursos/bio289a/esquizofrenia.ppt>
3. Anderson, Carol; Reiss, Douglas; Hogarty, Gerard (1986). Esquizofrenia y Familia. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Berenstein Isidoro; 1987; Familia y Enfermedad Mental; Editorial Paidós; Argentina; Buenos Aires.
5. Boyers, Robert; Orrill, Robert; (1978), Laing y la antipsiquiatría, Editorial Alianza, España, Madrid.
6. Cairo Valcárcel, Eduardo. La Esquizofrenia, Algunas características neuropsicológicas del paciente esquizofrénico. Guayaquil, Editorial Universidad de Guayaquil, 1,990. PP. 205.
7. Castilla del Pino, Carlos. Ruiz Vargas, JoséMaría. Aspectos cognitivos de la esquizofrenia. Madrid, España, Editorial Trotta, S.A. 1991, PP. 161.
8. Covey, Stephen R. Los 7 hábitos de las familias altamente efectivas. Traducción al castellano, María Amparo Penichet, México, Editorial Grijalbo, S.A. de C.V. 1,998.PP. 411.

9. Deleuze, Gilles y Guattari, Félix. El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia. Traducción al castellano por: Francisco Monge. España, Editorial Paidós, 1985. PP. 428.
10. Engels, Friedrich El origen de la familia la propiedad privada y el estado. Rusia, Editorial progreso, Moscú. Pp. 213.
11. Fromm, Erich, et. al. La familia. Traducción al castellano: Jordi Solé-Tura. Barcelona, Ediciones península. M.R. 1,970. PP. 296.
12. Hernández Sampieri, Roberto, et. al. Metodología de la investigación. 4ta. Edición. México, McGraw-Hill Interamericana, 2008. PP. 816.
13. Navarro gongora, José. Beyebach, Mark, Compiladores. Avances en terapia familiar sistémica. Barcelona, España Editorial Paidós, 1995, pp. 336.
14. Ruiz Olabuenaga, José Ignacio. Metodología de la investigación cualitativa. 3ra. Edición, España, Editorial Universidad de Deusto. 2003. PP. 341.
15. Segalen, Martine. Antropología histórica de la familia. 3ra, edición, Traducción al castellano, Jesús contreras, España, Taurus Universitaria, 2000 PP. 264.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
Responsable. Hugo Leonel Marroquín Rodríguez.

CUESTIONARIO

Dirigida a los participantes familiares de esquizofrénicos que asiste a la consulta externa del hospital nacional de salud mental.

Fecha: _____ Lugar: _____

Nombre del entrevistado: _____

¿Qué parentesco tiene con el paciente? _____

Nombre del entrevistador: _____

1. ¿Sabe usted que es la enfermedad llamada Esquizofrenia?

SÍ

☐

NO

☐

2. ¿Sabía usted que la enfermedad de la esquizofrenia no se padece por el consumo de alguna sustancia o alguna enfermedad medica?

SÍ

☐

NO

☐

3. ¿Cree usted que la enfermedad de la esquizofrenia tiene cura?

SÍ

☐

NO

☐

4. ¿Tiene más de un paciente Esquizofrénico en su familia?

SÍ

☐

NO

☐

5. ¿Cuánto tiempo tiene su familiar de padecer Esquizofrenia?

Menos de 5 años

☐

Más de 5 años

☐

6. ¿Tiene conocimiento acerca de los medicamentos que utiliza su familiar?

SÍ

☐

NO

☐

7. ¿Qué sentimientos ha experimentado en su estado de ánimo al convivir con su familiar esquizofrénico?

Tristeza ☐ depresión ☐ Ansiedad ☐ Todas ☐

8. ¿Aporta ingresos económicos su familiar esquizofrénico?

Sí ☐ NO ☐

9. ¿Considera usted que necesita más información acerca de cómo tratar al paciente Esquizofrénico?

Sí ☐ No ☐

10. ¿Cuál es la causa más frecuente de recaídas de su familiar?

Inasistencia a las citas ☐ Dejar de tomar el medicamento ☐
Stress de problemas familiares ☐ Falta de apoyo familiar ☐

11. ¿Motiva usted a su paciente a convivir con otras personas y hacer una vida social activa?

Sí ☐ NO ☐

12. ¿Ha sido discriminada su familia al saber que uno de sus miembros padece esquizofrenia?

Sí ☐ No ☐

13. ¿Recibe usted apoyo médico y psicológico por parte del Hospital Nacional de Salud Mental?

Sí ☐ No ☐

14. ¿Le ha proporcionado una adecuada orientación psicológica el Hospital Nacional de Salud Mental para el tratamiento del paciente?

Sí ☐ No ☐

15. ¿Conoce que síntomas presentan las personas que padecen esquizofrenia?

Sí

☐

No

☐

Algunos

☐

16. Comentarios del entrevistador:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
Responsable. Hugo Leonel Marroquín Rodríguez.

ENTREVISTA

Dirigida a los participantes familiares de esquizofrénicos que asiste a la consulta externa del hospital nacional de salud mental.

Fecha: _____ **Lugar:** _____

Nombre del entrevistado: _____

¿Qué parentesco tiene con el paciente? _____

Nombre del entrevistador: _____

1. ¿Qué opina de las personas con esquizofrenia?

2. ¿Cómo se siente al tener un familiar esquizofrénico?

3. ¿Qué le llama la atención del comportamiento de la persona que padece esquizofrenia?

4. ¿Cómo era la relación con sus familiares antes del padecimiento de esquizofrenia de su familiar?

5. ¿Podría describirla?

6. ¿Qué comentario tiene acerca de la esquizofrenia o las personas que la padecen?

7. ¿Sus familiares que opinan de la esquizofrenia y de quien la padece?

8. Tomando en cuenta que es un enfermo mental ¿Qué les gustaría cambiar de ellos (esquizofrénicos)?

9. ¿Qué tan motivado se encuentra hacia el trato que le brinda a su familiar esquizofrénico?

10. ¿Qué tan satisfecho esta con el cuidado que le ha dado a su familiar esquizofrénico?

11. ¿Por qué?

12. ¿Cómo se siente? Comparando el horario que utiliza en el cuidado con el paciente esquizofrénico y el que los otros familiares le brindan.

13. ¿Qué tan motivados están ellos por el padecimiento de su familiar esquizofrénico?

14. ¿Algún comentario o anécdota que haya vivido con su familiar esquizofrénico que quisiera compartir?

15. Observaciones del entrevistador:
